WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY
POTRZEBOM
LEKARZA
PRAKTYKA
I PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE
CONSACRÉE À LA
LITTÉRATURE
MEDICALE
FRANÇAISE
ET AUX BESOINS
DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ
DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1937
NUMER 2
LUTY

ROK WYD. XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XI WARSZAWA LUTY 1937 R. NUMER II

PRACE ORYGINALNE

POSTĘPY CHIRURGII W CIĄGU DWÓCH OSTATNICH LAT.

PODAŁ LEON MANTEUFFEL

Zestawienie w krótkim artykule wszystkiego, czego dokonano w dziedzinie chirurgii w ciągu ostatnich dwóch lat, jest niemożliwe. Trudną jest również ocena tej czy innej pracy pod kątem widzenia „postępu" chirurgii. W zestawieniu niniejszym uwzględnię więc prawie wyłącznie praktyczne zdobycze chirurgii i przede wszystkim te posunięcia, które dały już konkretne wyniki, większość zaś rozważań teoretycznych oraz zagadnień, które nie zostały jeszcze dostatecznie opracowane — pominę.

W dziedzinie ogólnej patologii chirurgicznej doniosłym zdarzeniem było stwierdzenie roli polipeptydów w powstawaniu zaburzeń pooperacyjnych. Przyczyniły się do tego prace ostatnich lat, głównie francuskie (Cristol, Duval, Fiessinger, Letulle i inni — u nas w Polsce ostatnio Mutermilch i Szersz yński), a zwłaszcza opracowanie dokładnej metody obliczania ilości polipeptydów we krwi i w moczu (Goiffon i Spaey). Okazoło się, że te produkty rozpadu białka, powstające wskutek uszkodzenia tkanek, są czynnikiem decydującym w powstawaniu tak zwanej choroby pooperacyjnej. Dotychczas czynnik, wywołujący zaburzenia pooperacyjne nie był znany, przypisywano jeszcze do niedawna dużą rolę w tym względzie histaminie, dopiero ostatnio stwierdzenie znacznego stopnia „polipeptydemii" w stanach pooperacyjnych, skierowało uwagę badaczy na te produkty toksyczne. Wydzielanie polipeptydów z moczem, nawet przy nieuszkodzonych nerkach jest powolne i uzależnione od stopnia diurezy, która jak wiadomo bywa w stanach pooperacyjnych znacznie obniżona, głównie z powodu znacznej hypochloremii. Stąd też podawanie chlorków w stanach pooperacyjnych w postaci wlewań podskórnych fizjologicznego roztworu soli kuchennej, bądź też wstrzykiwań dożylnych hypertonicznych roztworów chlorku sodu — ma nadal szerokie zastosowanie.

Hyperpolipeptydemia występuje również i w takich sprawach, jak oparzenia, na co zwraca uwagę Rudler, zalecając podawanie chlorku sodu w postaci roztworów hypertonicznych stosowanych dożylnie.

W dziedzinie nowych środków znieczulających, czy to stosowanych miejscowo, czy ogólnie, ostatnie dwa lata niewiele przyniosły nowego, zdobył sobie natomiast uznanie, stosowany już i przed tym, evipan.

Środek ten w postaci wstrzykiwań dożylnych zostaje coraz szerzej używany przy mniejszych, krótkotrwałych zabiegach, chociaż niektórzy stosują go i przy większych, trwających ponad pół godziny, operacjach.

Wszyscy autorzy przestrzegają przed zbyt szybkim wstrzykiwaniem tego środka, powoduje to bowiem złe zasypianie, niepokój — zamiast głębokiego snu, a niekiedy może być nawet przyczyną (S z y m a ń s k i) śmierci chorego wśród objawów zapadu.

Wstrzykuje się przeciętnie 1 cm³ 10% roztworu na minutę, przy czym stosowana najczęściej dawka w ilości 10 cm³ może być, w zależności od zachowania się i stanu chorego, znacznie przekroczona.

M é n é g a u x i S é c h e h a y e zebrawszy z piśmiennictwa 23.000 przypadków stosowania evipanu stwierdzili 22 przypadków śmierci i 49 powikłań innego rodzaju. Powikłania zależą w pierwszym rzędzie od błędnej techniki podawania tego środka. L a n d o n i S a l l e h opisują jako powikłanie narkozy evipanowej — paraplegię, trwającą przez cztery miesiące. Za przeciwwskazania do stosowania evipanu M é n é g a u x i S é c h e h a y e uważają: zapalenie otrzewnej, niedrożność przewodu pokarmowego, ciężkie sprawy septyczne, niedomogę wątroby, ogólne wyniszczenie, niedokrwistość znacznego stopnia i schorzenia krtani oraz tchawicy. Jako środek leczniczy przy zapaściach, spowodowanych stosowaniem evipanu, autorzy w pierwszym rzędzie wymieniają coraminę.

Nowością jest zaproponowane przez C h r a m e l a s z w i l i stosowanie ½% roztworu bromku potasu jako środka do znieczulenia miejscowego. Przed wstrzyknięciem go, autor wprowadza zazwyczaj do pola znieczulanego około 10 cm³ ⅛% novocainy, celem uniknięcia niemiłego uczucia pieczenia, które zazwyczaj występuje po zastosowaniu bromku potasu.

Środek ten ma dużo dłużej działać niż novocaina.

W przypadkach s c h o r z e ń p o s o c z n i c o w y c h, połączonych z ropnym zakrzepowym zapaleniem żył na kończynach N a p a l k o w i C h e i n-C h e i f i t z zalecają gorąco podwiązywanie dużych pni żylnych, metodą stosowaną i dawniej, zwłaszcza na szyi w przypadkach powikłań, związanych z zapaleniem migdałków.

W niektórych przypadkach zakażeń, wywołanych przez paciorkowce, zwłaszcza przy róży, dawać ma bardzo dobre wyniki Prontosil, stosowany dożylnie lub doustnie. Obniża on ciepłotę i powoduje szybkie cofanie się zmian miejscowych (T o n n d o r f).

W ciężkich postaciach posocznicy, zwłaszcza w zakażeniu połogowym, stosowanie tego środka wyników nie daje.

Przy leczeniu t ę ż c a proponują niektórzy autorzy s t o s o w a n i e s u r o w i c y s w o i s t e j d o t ę t n i c z o, wprost do tętnicy szyjnej. Ma to dawać w ciężkich przypadkach dobre, szybko uzewnętrzniające się wyniki. Działanie surowicy przeciwtężcowej na mózg ma występować w tych przypadkach tak jaskrawo, że objawy tężca mają ulec zmniejszeniu po stronie przeciwnej wstrzyknięciu.

Stosowany od kilku lat w l e c z e n i u r a n z a k a ż o n y c h — tran, w najrozmaitszych postaciach, czy to czystej, czy też jako maść (zazwyczaj 40% z wazeliną) zyskał obecnie bardzo licznych zwolenników w leczeniu wszelkich, zwłaszcza rozległych ran ziarninujących oraz (klinika R a d l i ń s k i e g o) w przypadkach ciężkich oparzeń. Dodatnie działanie tego środka zależeć ma zarówno od jego własności fizycznych, dzięki którym tran emulguje znakomicie wydzielinę ropną rany i utrudnia, a nawet uniemożliwia rozwój bakteryj, jak i od swoistych własności biologicznych, zależnych od dużej zawartości witamin. L ö h r stosuje tran w postaci plomby z maści tranowej w przypadkach z a p a l e n i a r o p n e g o s z p i k u k o s t n e g o, zakładając po osteotomii opatrunek tranowy na kilka, a nawet kilkanaście dni. Metoda L ö h r a jest odmianą sposobu O w - A l b e e' e g o, polegającego na zakładaniu w przypadkach zapalenia szpiku kostnego plomby z waseliny z parafiną, zakładanej na przeciąg 4 — 6 tygodni. Metoda ta została ostatnio opisana w naszym piśmiennictwie przez S z e r s z y ń s k i e g o i K l i m k i e w i c z a. Obie te metody znakomicie przyśpieszają gojenie się rany.

W przypadkach o p a r z e ń w pierwszym okresie przyjęto obecnie stosować okłady z 5% roztworu taniny. R u d l e r zaleca w tych przypadkach rozpylanie taniny na powierzchni rany.

W przypadkach u r a z ó w m ó z g o c z a s z k o w y c h F a y wstrzykuje dożylnie, bezpośrednio po wypadku 50 cm³ glukozy, następnie zaś, po ustąpieniu objawów wstrząsu dokonuje nakłucia lędźwiowego i ponownie wstrzykuje glukozę oraz podaje doustnie magnesium sulfuricum.

Zabiegi te mają na celu zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego. W okresie rekonwalescencji ogranicza ilość płynów do 600 — 900 cm³ na dobę. D a m b r i n w przypadkach p o u r a z o w e g o z a p a l e n i a o p o n m ó z g o w y c h stosuje płókania komór i przestrzeni podpajęczynówkowej płynami obojętnymi oraz surowicą swoistą, nakłuwając komory w okolicy skroniowej oraz wykonywując nakłucie lędźwiowe.

M o n d r e, B a n d e i R o n a u l t podnoszą dodatnie działanie wstrzykiwań roztworu eterowego formalinowanego chlorofilu w ilości 2 — 10 cm³ w p r z y p a d k a c h g r u ź l i c y g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h szyi.

W chirurgii k l a t k i p i e r s i o w e j niejednokrotnie omawiana jest w ostatnich latach torakoplastyka, która staje się zabiegiem coraz częściej stosowanym, zwłaszcza w gruźlicy płuc.

F r e e d l a n d e r opisuje pierwszy przypadek lobektomii, spowodu jamy gruźliczej płuca, który skończył się jednak powstaniem przewlekłego ropniaka opłucny.

R a b b o n i stosuje blokadę nerwów międzyżebrowych przy pomocy wstrzykiwania 2 cm³ 55% alkoholu do przestrzeni międzyżebrowych. Blokada ta dotyczy zazwyczaj 3 do 6 międzyżebrzy. Metoda ta stosowana jest jako środek zastępczy zamiast odmy opłucnowej, wtedy, gdy z tych czy innych powodów nie może być ona wykonaną.

B e n z a r t zaleca przy wykonywaniu wyrwania nerwu przeponowego jako dodatkowy, uzupełniający zabieg alkoholizację nerwów międzyżebrowych i przecięcie mięśni pochyłych (mm. scaleni).

Często jest omawianą w piśmiennictwie sprawa lobektomii. A r c h i b a l d zwraca uwagę, że 127 przypadków tej operacji wykonanej przez ogólnych chirurgów dało 53,4% śmiertelności, podczas gdy 115 przypadków operowanych przez chirurgów specjalistów dało tylko 21,3% śmierci. Autor ten jest zwolennikiem jednoczasowego zabiegu. S a u e r b r u c h wykonał 158 tego rodzaju operacyj spowodu rozstrzeni oskrzelowych i miał tylko 5 przypadków śmiertelnych. Lobektomie w przypadkach raka płuc dają niestety nadal jeszcze duży procent śmiertelności.

Sprawa c h i r u r g i i p r z e p o n y, rozbudowana ostatnio bardzo wszechstronnie, została szeroko omówiona na zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu w 1935 r. przez głównych referentów tego zagadnienia M é n é g a u x i C o s t a n t i n i. W zakres chirurgii przepony wchodzą przede wszystkim sprawy urazowe i przepukliny, które są schorzeniem stosunkowo częstym. Referenci podkreślają znaczenie stosowania narkozy ze wzmożeniem ciśnienia śródpłucnego. Tego rodzaju narkoza jest momentem niezmiernie ważnym i powinna być stosowaną o ile tylko to jest możliwe we wszelkich zabiegach na przeponie, nawet jeżeli zabieg jest wykonywany na drodze brzusznej. Jako zabieg przygotowawczy, ułatwiający operację na przeponie stosować można przecięcie albo nawet czasowe zablokowanie nerwu przeponowego przez wstrzyknięcie doń novocainy. W razie, gdy zastosowanie zwiększonego ciśnienia śródpłucnego nie jest z tych czy innych względów możliwe, zabiegiem pomocniczym wstępnym jest odma opłucnowa, która chroni przed wstrząsem, wywołanym przez nagłe zwiększenie ciśnienia śródopłucnowego.

Stosowanie torakoplastyki w przypadkach schorzeń przepony uważają referenci za ostateczność, dopuszczalną tylko w wyjątkowych przypadkach.

Większość zabiegów, zdaniem referentów, należy wykonywać na drodze torakotomii. W niektórych przypadkach można torakotomię łączyć z laparotomią. Przepukliny otworu przełykowego należy operować na drodze brzusznej, stosując cięcie przyśrodkowe lewostronne.

Poza dokładnie omówioną techniką zabiegów i wynikami operacji, które są na ogół dobre, ponieważ nawrotów widuje się mało, referenci podkreślają doniosłą rolę i znaczenie badania rentgenologicznego, które powinno być wykonywane w obecności chirurga w najrozmaitszym ułożeniu chorego. Na ogół zabiegi na przeponie należy uważać za operacje ciężkie, wymagające bardzo dobrej techniki.

W dziedzinie c h i r u r g i i b r z u c h a często były ostatnio omawiane ostre schorzenia.

O s t r a m e c h a n i c z n a n i e d r o ż n o ś ć j e l i t była przedmiotem obrad na ostatnim zjeździe chirurgów polskich w 1935 r. Referenci tego zagadnienia M i c h e j d a i S c h i l l i n g-S i e n g a l e w i c z podkreślają ciężkość tego schorzenia oraz doniosłe znaczenie

wczesnego wkroczenia operacyjnego, ponieważ decyduje ono o pomyślnym zejściu sprawy chorobowej. Dodatnie działanie soli kuchennej w ostrej niedrożności jelit jest również podnoszone przez autorów. Podawanie chlorków przywraca prawidłowy ich poziom we krwi, znacznie obniżony w przypadkach niedrożności, wpływa na zwiększenie diurezy, a więc i na usunięcie ciał toksycznych z ustroju oraz pobudza perystaltykę jelit.

Na zjeździe chirurgów francuskich w 1935 r. omawiano (A m e l i n e i L e f i v r e) sprawę z a w a ł u k r e z k i i j e l i t. Referenci rozszerzyli zakres tego pojęcia, omawiając przy okazji wszelkie schorzenia jelit połączone z przerwaniem dopływu krwi do krezki i jelit, wchodziłyby tu więc między innymi w grę i uwięźnięte przepukliny. W omawianiu etiologii i patogenezy tego schorzenia autorzy zwracają uwagę na postacie zawałów jelitowo - krezkowych o charakterze czynnościowym, gdzie nie można wykazać żadnych zmian w układzie krążenia. W obrazie klinicznym tej jednostki chorobowej, prócz zawsze wyraźnie zaznaczonego wstrząsu ogólnego, na plan pierwszy wysuwają się objawy ze strony brzucha w postaci bardzo silnych, gwałtownych, nagle występujących bólów. Jednocześnie prawie pojawiają się wymioty. Krew w stolcu wykazać można stosunkowo dość rzadko. Brzuch jest nieco wzdęty, niejednolicie bolesny, powłoki są lekko napięte, nigdy się nie stwierdza tego co nazywamy „deskowatym brzuchem”.

Leczenie jest trudnym zagadnieniem; licznych zwolenników posiada wyłonienie uszkodzonej pętli. W niektórych przypadkach można wykonać odrazu rezekcję jelita uległego zawałowi. Referenci podnoszą, że nawet próbna laparotomia czasami daje dobre rezultaty, co ma przemawiać za czynnościowym charakterem niektórych postaci tych zaburzeń.

O s t r e s c h o r z e n i a t r z u s t k i były ostatnio często omawiane w pracach naukowych i na posiedzeniach towarzystw lekarskich. U nas w Polsce dokładnie zreferował tę sprawę B u t k i e w i c z, zwracając uwagę na doniosłą rolę schorzeń dróg żółciowych w powstawaniu ostrej martwicy trzustki. Autor ten jest gorącym zwolennikiem wczesnego zabiegu operacyjnego w tych schorzeniach, które polega na dotarciu do trzustki, nacięciu jej torebki i sączkowaniu. W razie zmian w drogach żółciowych B u t k i e w i c z zaleca otwarcie ich i drenowanie. Na odmiennym stanowisku stoi R a d l i ń s k i, który nie wkracza w ostrym okresie tego schorzenia, uważając, że zabieg operacyjny przyczynia się jedynie do pogorszenia i tak już ciężkiego stanu chorego, nic wzamian nie dając.

Powściągliwość w operowaniu ostrych schorzeń trzustki zdaje się zyskiwać coraz więcej zwolenników. Do nich należy między innymi B e r n h a r d, który operuje wtedy tylko, kiedy objawy otrzewnowe nasilają się a stan ogólny chorego na zabieg pozwala, dalej w przypadkach, gdy podejrzewa on obecność kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym (zwiększona ilość bilirubiny w moczu) i wreszcie gdy występują objawy przemawiające za powstaniem ropnia trzustki.

W rozpoznaniu różnicowym dużą rolę odgrywa stwierdzenie zwiększenia ilości diastazy w moczu, co większość autorów zgodnie podkreśla.

W dziedzinie c h i r u r g i i ż o ł ą d k a, w przypadkach c h o r o b y w r z o d o w e j, rezekcja żołądka, usuwająca jego czynną część przyodźwiernikową, znajduje więcej zwolenników niż zespolenie żołądkowo - jelitowe, które często bywa powikłane przez powstanie wrzodu jelita czczego. Dotyczy to zwłaszcza przypadków czynnego wrzodu żołądka; w przypadkach wygojonych owrzodzeń, dających jednak objawy zwężenia odźwiernika, zespolenie wydaje się zabiegiem celowym. G a t e l l i e r zaprzecza twierdzeniu o częstym występowaniu wrzodu trawiennego jelita czczego w przypadkach dobrze założonego zespolenia żołądkowo - jelitowego. Na 133 chorych, operowanych w ten sposób i obserwowanych później przez czas dłuższy, G a t e l l i e r ani razu nie stwierdzał powikłań w postaci objawów wrzodu trawiennego.

W dziedzinie c h i r u r g i i g r u c z o ł ó w w y d z i e l a n i a wewnętrznego wspomnieć należy o całkowitym wycięciu t a r c z y c y w przypadkach niedomogi krążenia. Zabieg ten, zaproponowany przez C r i l e'a, a omówiony ostatnio przez L i a n'a, W e l t i'e g o i F a c q u e t'a, obniżając znacznie przemianę materii i zapotrzebowanie tkanek na tlen, zmniejsza tym samym wydatnie pracę narządu krążenia. Tarczyca musi

być usuniętą całkowicie, w razie zaś znacznych objawów niedomogi tego gruczołu, wystarcza stosowanie przez czas pewien preparatów tarczycowych. Autorzy wykonali 3 tego rodzaju operacje, otrzymując we wszystkich przypadkach poprawę.

David, Berlin i Blumgart wykonali 60 wyłuszczeń całkowitych tarczycy w przypadkach „asystolie irréductible" i dusznicy bolesnej. W 6-iu przypadkach nastąpiła śmierć z powodu powikłań pooperacyjnych (zapalenie płuc), w pozostałych wyniki były bardzo dobre.

Sprawa chirurgii przytarczyc omawianą była na ostatnim międzynarodowym zjeździe chirurgów w Kairze w 1936 r. Stwierdzono zgodnie, że usunięcie częściowe przytarczyc (zmienionych gruczolakowo) daje dobre wyniki w t. zw. chorobie Recklinghausena — osteitis fibrosa, natomiast zawodzi w chorobie Pageta, pojedyńczych torbielach kostnych, guzach olbrzymiokomórkowych i t. d. W schorzeniach reumatycznych, w spondylolis rhisomelica i t. p., parathyreoidectomia daje wyniki niepewne i często sprzeczne ze sobą. Spośród schorzeń niekostnych, jedynie w przypadkach sklerodermii otrzymywano wyniki zadowalniające.

Sprawę zabiegów na trzustce (pancreatectomia partialis) w przypadkach nadczynności wewnątrzwydzielniczej tego gruczołu (hyperiinsulinismus) omówił ostatnio Cangham, zebrawszy z piśmiennictwa 26 przypadków.

Sprawę chirurgii nadnerczy poruszono w końcu 1934 r. na zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu i na 59 zjeździe chirurgów niemieckich w 1935 r. w Berlinie. Usunięcia nadnerczy dokonywano przede wszystkim w przypadkach guzów tego narządu.

Guzy istoty korowej nadnercza, dające zespół nadnerczowo - płciowy, występujący zazwyczaj u kobiet pod postacią t. zw. virilismus suprarenalis, były niejednokrotnie operowane; niestety w tej postaci schorzenia są one bardzo często nowotworami złośliwymi. W szeregu przypadków po usunięciu nadnercza nastąpiło jednak całkowite ustąpienie objawów chorobowych.

Guzy istoty rdzennej (paragangliomata), powodujące powstanie nadciśnienia napadowego, zwróciły w ostatnich latach szczególną uwagę badaczy. Usunięcie takiego nowotworu powoduje zazwyczaj ustąpienie objawów. U nas przedstawili tego rodzaju przypadek w Tow. Lek. Warsz. Landau, Sławiński i Pankiewicz.

Usuwanie nadnercza w przypadkach nadciśnienia stałego i w chorobie Raynauda daje wyniki niepewne.

Wycięcie nadnercza w chorobie Bürgera ma swoich zwolenników w osobach Oppela, twórcy tej metody, i Leriche'a, inni jak Leibovici i Stucker odnoszą się do tej operacji dość krytycznie. Wszyscy zgadzają się, że zabieg ten wyraźną poprawę dać może jedynie we wczesnym okresie tego schorzenia, kiedy zmiany anatomiczne w naczyniach nie są jeszcze daleko posunięte.

Sprawa zakrzepów i zatorów pooperacyjnych jest ostatnio bardzo często poruszaną. Omawianą była ona między innymi na zjeździe ginekologów we Lwowie i na 59 zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Jest to temat zbyt obszerny, żeby go móc omówić w paru słowach, wspomnę tylko, że Stich na zjeździe w Berlinie wypowiedział się przeciwko znanej teorii Havlićeka o roli „toksycznej" krwi żyły wrotnej przedostającej się do żył z zakresu krążenia żyły próżnej dolnej, w powstawaniu spraw zakrzepowych.

W dziedzinie chirurgii narządów ruchu wspomnieć należy o stosowaniu wstrzykiwań dostawowych lipiodolu w przypadkach przewlekłych, zniekształcających schorzeń gośćcowych (w Polsce Byrkowski), co pod względem czynnościowym daje dobre wyniki. Ostatnio Andernach i Löhr stosują, jak twierdzą z bardzo dobrym wynikiem, wstrzykiwania tranu. Metodą tą leczyli dotychczas 13 przypadków, uzyskując długotrwałę poprawę pod postacią mniej, lub więcej zaznaczonego zmniejszenia objawów bólowych.

W przypadkach t. zw. morbus coxae senilis, zwłaszcza w bardzo bolesnych postaciach tego zniekształcającego zapalenia stawu biodrowego, francuzi stosują zabieg Duvernay (forage de la hanche), polegający na prześwidrowaniu szyi kości udowej zapomocą świdra o średnicy 6-cio milimetrowej (Weissenbach, Coste, Lacapère, Charry). Zabieg ten może być wykonany w znieczuleniu miejscowym (Rocher). Kanał wyświdrowany powinien

wynosić długość 8 — 9 cm; niektórzy chirurdzy zakładają do wywierconego otworu przeszczep kostny. Wyniki jak podaje Charry, są bardzo dobre, bóle ustają już po czterdziestu ośmiu godzinach. Zabieg ten ma działać na drodze pobudzenia i poprawienia krążenia w tym odcinku kości udowej, bowiem główną przyczyną tego schorzenia są, jak się zdaje, zmiany naczyniowe, prowadzące wtórnie do daleko posuniętych zaburzeń odżywczych (Lapère).

W przypadkach uszkodzeń łąkotek stawu kolanowego stosuje się obecnie coraz częściej jako cenne badanie pomocnicze artrografię stawu kolanowego. Bardzo ładne obrazy rentgenowskie daje artropneumografia, polegająca na wykonaniu zdjęcia po wprowadzeniu do stawu powietrza (Kalina, Goldman).

Zasadniczej zmianie uległo w ostatnich latach leczenie złamań szyi kości udowej. Nastawienie i utrzymanie odłamów w odpowiednim opatrunku unieruchamiającym było często bardzo trudne, dawało niejednokrotnie złe wyniki w postaci stawu wrzekomego oraz częste i groźne, ze względu na wiek pacjentów (złamania te występują zazwyczaj u osób starych), powikłania. Sprawę rozwiązało wynalezienie w 1931 r. przez Smith-Petersena gwoździa do zespalania tych złamań. Gwóźdź ten składa się z trzech promienisto ustawionych blaszek, Stosowany był on pierwotnie przy pomocy dość poważnego zabiegu, polegającego na otwarciu stawu biodrowego. Dopiero ostatnio zaczęto wbijać gwóźdź z małego cięcia w okolicy krętarza przy pomocy specjalnego drutu kierunkowego (Johanson), umieszczonego w gwoździu. Drut ten wprowadza się po nastawieniu złamania do szyi kości udowej i po sprawdzeniu jego położenia na zdjęciu rentgenowskiem wbija się gwóźdź. Sokołowski używa zamiast drutu, który łatwo się wygina, powodując powikłania, gwóźdź Steinmanna. Gruca skonstruował specjalną łyżkę ułatwiającą wprowadzanie gwoździa. Wyniki jak podają zgodnie wszyscy autorzy są przy należytej technice świetne.

Sprawa złamań kości piętowej była omówiona w 1935 r. na zjeździe chirurgów francuskich przez Paitre'a i Boppe'a. Autorzy ci wypowiedzieli się za metodą Böhlera leczenia złamań kości piętowej, uważając ją za najlepszą i najpewniejszą ze wszystkich dotychczas stosowanych. Metoda ta polega na nastawieniu złamania na aparacie wyciągowym po wbiciu dwóch gwoździ, jednego w kość piętową, drugiego w podudzie. Metoda operacyjna Leriche'a przedstawia duże niebezpieczeństwo powikłań i wymaga świetnej techniki operacyjnej.

ZAGADNIENIA LEKARSKIE W BIOLOGII MUCHY DOMOWEJ.

PODAŁ MAG. BIOL. N. BALZAM

Zjawiska rozsiewania zarazków przez muchy są powszechnie znane. Za pomocą rozległych badań eksperymentalnych stwierdzono rozsiewanie przez muchy zarazków wąglika, tyfusu brzusz., dyzenterii, cholery, gruźlicy, jaglicy i wielu innych. Według Wollmana (1921) bakterie wąglika, dyzenterii i innych chorób mogą przebywać w jelicie muchy do 10 dni od chwili zakażenia. W ciągu tego czasu muchy wydalają bakterie razem z odchodami i wydalinami ślinowymi, czy też wymiotami, bardzo obfitymi i częstymi u tego gatunku owadów. Muchy przenoszą oprócz bakterij również pierwotniaki i jaja rozmaitych pasorzytniczych robaków.

Oficerowie angielskiej służby zdrowia, C. M. Wenyon i F. W. O'Connor, pracując w Aleksandrii w r. 1916, zbadali 200 much, złapanych w rozmaitych częściach miasta. W odchodach tych much znaleźli cysty *Entamoeba histolytica* (pierwotniaka, wywołującego dyzenterię amebową) i *Giardia intestinalis*, oraz jaja robaczków: *Ankylostoma duodenale*, niebezpiecznego pasorzyta, wywołującego t. zw. anemię górniczą, *Taenia saginala*, *Trichuris trichiura*, *Heterophyes heterophyes* i *Schistosoma mansoni*.

W związku z tym ciekawe są badania R. Parkera, który zajął się zagadnieniem, jakie odległości muchy mogą przebywać o własnych siłach. W tym celu w określonym miejscu wypuścił 400.000 much odpowiednio naznaczonych i następnie zorganizował połowy much w różnych odległościach od tego miejsca. Muchy markowane znajdował jeszcze w odległości 2 km; znacznie większe jeszcze odległości muchy mogą przelatywać za pośrednictwem człowieka i nowoczesnych środków lokomocji, a także podczas silnych wiatrów.

Specjalny problem stanowi przechodzenie zarazków z jednych stadiów rozwojowych much do drugich. Larwy much w wielu wypadkach żyją w odchodach ludzi i zwierząt, chorych np. na choroby przewodu pokarmowego, np. dur, dyzenterię i cholerę, a także w trupach zmarłych na dżumę, wąglik i inne choroby, których bakterie zakażają krew i tkanki ciała. Czy zarazki, pochodzące z odchodów tych chorych, mogą przejść do ciała muchy dorosłej i w *ten sposób zyskać możność przenoszenia się z miejsca na miejsce?* Nad pytaniem tym zastanawiało się bardzo wielu autorów. Niektórzy przypuszczali, że w ten sposób da się objaśnić wiosenne występowanie epidemij pozornie wygasłych na jesieni poprzedniego roku. Mianowicie zarazki miałyby przeżywać w ciągu zimy właśnie w ciałach larw i poczwarek, z których na wiosnę wykluwałyby się muchy silnie zakażone.

Potwierdzenia tych teoryj zdawałyby się dostarczać badania, w których stwierdzano obecność zarazków w muchach świeżo wylęgłych z poczwarek, sterylizowanych z wierzchu w ten lub inny sposób. Oprócz całego szeregu autorów dawniejszych przechodzenie zarazków z larw do much dorosłych opisywał uczony amerykański Glazer (1923) i Włosi Petragnani (1926) i Russo (1931). Tego samego też zdania jest autor obszernej monografii angielskiej Hevitt (1914), natomiast inni autorzy stwierdzali zanik wprowadzonych zarazków chorobotwórczych w toku rozwoju much.

Tutaj należy wymienić nazwisko Wollmana (1923), Muzzareliego (1926) i wielu innych. Niektórzy autorzy twierdzili, że do ciała muchy dorosłej przechodzą z organizmu larwalnego tylko bakterie zarodnikowe i pewne gatunki specjalne, stanowiące specyficzną florę jelitową much.

Zagadnienie to posiada jeszcze jedną stronę, interesującą już nie tylko z punktu widzenia higieny i profilaktyki ludzkiej, a z punktu widzenia biologii much. Chodzi o to, że podczas metamorfozy, czyli przemiany larwy muchy w muchę dorosłą, zachodzi bardzo głęboka przebudowa organi-

zmu owada. Jedne narządy zostają rozpuszczone, inne powstają na nowo z niewielkich grup komórek, obecnych już w młodej larwie i zwanych tarczkami imaginalnymi.

Do narządów, ulegających głębokiej przebudowie i częściowemu rozpuszczeniu (*histolizie*) należy przewód pokarmowy. Powstaje pytanie, co się dzieje z zarazkami, znajdującymi się w tym przewodzie? Może przechodzą do ciała późniejszej muchy, do jej tkanek i narządów? Czy też znajdują pomyślne warunki życiowe w jej przewodzie pokarmowym i tam tylko się rozwijają? A może wszystkie zarazki ulegają zanikowi i ustrój dorosłego owada, o ile nie ulegnie wtórnemu zakażeniu, jest zupełnie wolny od mikrobów? Jeżeli zachodzi ten ostatni proces, to w jakim okresie i dzięki jakim urządzeniom? Czy może do ciała dorosłego owada przechodzą tylko bakterie sporowe lub pewne gatunki specyficzne?

Rozwiązaniem powyższych zagadnień zająłem się w pracy, wykonanej w Zakładzie Fizjologii Roślin U J. P. pod kierownictwem p. prof. K. Bassalika i ogłoszonej w „Acta Biologiae Experimentalis" Vol X., Nr 7, 1936. Posługiwałem się przy tym metodami wyłącznie bakteriologicznymi, to znaczy, że obecność czy nieobecność zarazków stwierdzałem za pomocą hodowli na pożywkach bulionowych (agar, żelatyna i pożywki płynne). Trudności metodyczne polegały głównie na pozbyciu się zarazków, znajdujących się z zewnątrz (na powierzchni ciała) much czy poczwarek. Szczegóły metodyki opisane są w pracy oryginalnej.

W wyniku wykonanych doświadczeń okazało się, że zarazki znajdują się w wielkiej ilości (około 2.000.000 w jednym osobniku) w larwach przystępujących do zapoczwarczenia, a także w młodych i starszych poczwarkach. W toku rozwoju poczwarkowego bakterie znikają z przewodu pokarmowego larwalnego i przechodzą do tkanek ciała formującej się muchy, gdzie zostają zlokalizowane w ten sposób, że nie mogą się przedostać ani do krwi (hemolimfy), ani do nowopowstającego, definitywnego przewodu pokarmowego. W ostatnim dniu rozwoju poczwarkowego i w pierwszych kilku godzinach życia świeżo wylęgłej muchy następuje gwałtowne zniszczenie zarazków i po upływie kilkunastu godzin od wylęgu u większości much nie można znaleźć ani jednego żywego zarazka. Ostatecznym rezultatem jest więc kompletna „auto-sterylizacja" młodej muchy. A więc teorie, upatrujące w muchach świeżo wylęgłych z poczwarek, zbiorniki zarazków, pochłoniętych jeszcze przez larwę, są niesłuszne.

Otrzymane wyniki objaśniają przyczynę rozbieżności zdań autorów poprzednich. Ci z nich, którzy badali tylko świeżo wylęgłe muchy i to po zmiażdżeniu, stwierdzali w nich zawsze obecność zarazków, natomiast ci, którzy ograniczali się do badania kału lub miażdżyli muchy starsze, ich nie znajdowali. Okazało się również, że opisane procesy nie są związane z jakimś specjalnym gatunkiem zarazków, gdyż w ten sam sposób zachowywały się muchy względnie larwy otrzymane z jaj sterylizowanych sublimatem i sztucznie zakażone tylko jednym gatunkiem, np. *Bact. prodigiosum*, *Bact. pyocyaneum* lub *Bact. coli* a także gatunkiem zarodnikowym, *Bac. subtilis*.

Wydaje mi się, że jedyną hipotezą umożliwiającą powiązanie i wytłumaczenie stwierdzonych faktów, jest narazie hipoteza fagocytarna. (Jak wiadomo, działalność fagocytów jest zasadniczym elementem histolizy tkanek podczas metamorfozy owadów). W świetle tego poglądu zjawiska, zachodzące w stosunku do zarazków w kolejnych stadiach metamorfozy, przedstawiłyby się w następujący sposób: podczas histolizy przewodu pokarmowego zarazki, przylegające do ścian tegoż przewodu zostają pochłonięte przez fagocyty i razem z nimi rozproszone w jamie ciała. Ze względu na to, że po pewnym czasie fagocyty, przeładowane pochłoniętymi fragmentami tkanek, przybierają bardzo znaczne rozmiary i zostają osadzone w tkankach, nie mając możności swobodnego poruszania się w hemolimfie, zawarte w nich zarazki również znikają z cieczy ciała, pojawiają się natomiast w tkankach, otaczających przebudowujący się przewód pokarmowy. Być może zresztą, że zjawisko przebiega trochę inaczej: np. bakterie z początku przenikają swobodnie do limfy, a dopiero później zostają wychwytane przez fagocyty. Z kolei fagocyty zostają otoczone przez komórki, które tworzą dokoła nich rodzaj kapsułki. Powstawanie takich kapsułek obserwował wielokrotnie M e t a l n i k o w i jego uczniowie po wprowadzeniu pod skórę gąsienicy *Galle-*

ria mellonella dużych ilości laseczników gruźlicy. Gąsienice *Galleria* potrafią w ten sposób unieszkodliwić dozę zarazków, ważącą prawie 2 mg, co stanowi 1% ciężaru ich ciała. Również inne ciała obce, jak np. cząsteczki karminu, wprowadzone pod skórę gąsienicy, zostają fagocytowane i zlokalizowane w kapsułkach.

Bakterie, uwięzione wewnątrz fagocytów i kapsułek, niezawsze giną natychmiast po pochłonięciu. Tak np. pałeczki trądu i gruźlicy, wprowadzone do jamy ciała patyczaka *Dixippus morosus*, w ciągu wielu tygodni żyją wewnątrz fagocytów i komórek olbrzymich. W ten sam sposób zachowują się bakterie trądu w ciele *Galleria*.

Bakterie, pochłonięte przez fagocyty podczas metamorfozy muchy mięsnej, prawdopodobnie zachowują się w ten sam sposób. Dopiero w ostatnim dniu rozwoju poczwarkowego żywsza przemiana materii albo inne jeszcze nieznane procesy biochemiczne, zachodzące w limfie lub w samych tkankach, umożliwiają fagocytom zabicie uwięzionych w nich zarazków.

Z opisanych doświadczeń wysnuto wnioski praktyczne, gdyż opracowano metody leczenia ran zakażonych przez stosowanie żywych larw much mięsnych. Metodę tę wprowadził do medycyny lekarz amerykański B a e r, który podczas wielkiej wojny zauważył, że żołnierze, w których ranach znaleziono żywe larwy much mięsnych, stosunkowo szybko przychodzili do zdrowia. Po przeprowadzeniu szeregu doświadczeń na zwierzętach B a e r zdecydował się zaaplikować larwy muchy *Lucilia sericata* w beznadziejnym wypadku *ostemyelitis*. Wynik tej próby i wiele następnych miał być bardzo dobry. Obecnie larwy much są stosowane przez wielu lekarzy amerykańskich, a ostatnio także francuskich. W Ameryce można nawet otrzymać w handlu larwy much mięsnych, wylęgłe z jaj sterylizowanych formaliną. Sprzedażą tych larw zajmują się Lederle Laboratories w Nowym Yorku. Zresztą, jak skarżył się jeden z autorów (P i c a d o 1935), w rzeczywistości larwy te wcale nie są aseptyczne.

Bynajmniej nie zamierzam kwestionować wartości praktycznej tej metody. Chciałbym jednak podkreślić, że larwy much nie wydzielają żadnych wyraźnych czynników bakteriobójczych, zarazki pozostają żywe w samym jelicie larwy, a nawet później, kiedy dostają się do tkanek nimfy (formującej się muchy), giną dopiero w ostatnim dniu metamorfozy i w pierwszych kilku godzinach życia muchy. Wobec tego nie można przypuszczać, aby obecność larw „dezynfekowała” ranę, jak to sobie wyobraża wielu autorów i praktyków. Dotyczy to nie tylko zarazków normalnie przebywających w jelicie larwy, ale także zarazków obcych, w szczególności ropnych. Wynika to zupełnie wyraźnie z doświadczeń, które wykonałem na larwach aseptycznych, zakażonych później czystą kulturą *Bact. pyocyaneum*. Larwy te zachowały się w zupełnie ten sam sposób, co larwy zakażone bakteriami zwykłymi.

Ciekawą teorię działania larw „chirurgicznych“ (*surgical maggots*) dał M. A. S t e w a r t. Uczony ten stwierdził, że larwy much wydzielają po przez powłokę węglan wapnia (w ilości 0.6 mg na 24 godziny i 100 larw). S t e w a r t wskazuje na badania B e c k h o l d a, który wykazał, że jon Ca stymuluje fagocytozę. Z drugiej strony wiadomo, że jad gronkowców, leukocydyna, paraliżuje fagocyty. S t e w a r t przypuszcza, że larwy neutralizują za pomocą swych soków trawiennych leukocydynę, jednocześnie podniecając działalność leukocytów za pomocą Ca.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie tężyczki pooperacyjnej. (L'A. T. 10 et le traitement de la tétanie post - operatoire). A. Rawina.

La Presse Médicale Nr 98, 1936.

Pod wpływem działania promieni pozafiołkowych na ergosterynę powstaje cały szereg ciał o zawiłej budowie chemicznej np. tachysteryna, lumisteryna, sprasteryna i toksysteryna.

F. Holtz wprowadził przetwór zwany w skrócie A. T. 10. (Antitétanique no 10), będący mieszaniną tachysteryny i toksysteryny. Przetwór ten ma zdolność usuwania obiawów tężyczki, powstającej najczęściej po usunięciu przytarczyczek. Do obiawów tych należą drgawki mięśniowe, podniecenie nerwowe, nudności. Wszystkie te zaburzenia pojawiają się zwykle równocześnie z obniżeniem zawartości wapnia we krwi. Stosowane dotychczas sposoby lecznicze (podawanie wyciągów przytarczycznych, wstrzykiwania wapna) dawały wyniki bardzo znikome i krótkotrwałe. Obecnie szereg autorów (Hahn, Martini, Winterstein) donosi o doskonałych wynikach leczniczych osiągniętych przez podawanie A. T. 10 w przypadkach tężyczki pooperacyjnej. Leczenie rozpoczynano od podawania wyciągów i wapna, co nie dawało prawie żadnych wyników. A. T. 10 powodowała stopniowe znikanie wszystkich objawów. Wyrazem poprawy w tych przypadkach było, obok ustąpienia dolegliwości podmiotowych, podniesienie poziomu wapnia we krwi do wartości prawidłowej. Bilans wapniowy i fosforowy stawał się dodatni. A. T. 10 jest środkiem skutecznie zwalczającym obiawy tężyczki, o działaniu długotrwałym. Do zalet środka zaliczyć należy również wygodny sposób stosowania (doustnie). Przetworu tego nie można jednak uważać za środek swoisty, leczący tężyczkę. A. T. 10 nadaje się również w innych przypadkach. Stosowanie jego daje dobre wyniki w stanach krwotocznych.

Przeciwskazanie do podania A. T. 10 stanowi stwierdzenie wysokiego poziomu wapnia we krwi niezależnie od przyczyny wywołującej (ostitis fibrosa generalisata, długotrwałe stosowanie wapnia). Należy się zawsze liczyć z możliwością przedawkowania A. T. 10 tym bardziej, że ma on zdolność odkładania się w ustroju i może wywołać nagłe przewapnienie krwi. Obiawy zatrucia A. T. 10 są następujące: wzrastająca ociężałość, brak łaknienia, nudności, wymioty, pragnienie, porażenia, zmiany ze strony nerek. Aby tego uniknąć należy podawać A. T. 10 tylko wtedy, jeżeli ma się możność częstego sprawdzania poziomu wapnia we krwi. Działanie przetworu jest dosyć powolne, czas ustąpienia obiawów wynosi 24 — 48 godzin od chwili podania A. T. W przypadkach nagłych radzi Holtz dawać doustnie glukonian wapnia i wstrzykiwać domięśniowo hormon przytarczyczny Collipa, a po kilku godzinach podać 6 cm A. T. Dalsze dawkowanie zależy od przebiegu sprawy. W przypadkach przewlekłych dawka wynosi mniej więcej 1 — 4 cm^3 2 razy w tygodniu. Poziom wapnia we krwi powinien utrzymać się około 10 mg%. Ustrój nie przyzwyczaja się do A. T. 10, tak że nawet przy długotrwałym stosowaniu przetworu leczenie daje dobre wyniki w postaci stałego utrzymywania wapnia we krwi na odpowiednim poziomie. Jeżeli dawki przetworu są zbyt małe nic zapobiega on nawrotom choroby, ale osłabia ich obiawy. W czasie przyjmowania A. T. 10 chorzy powinni pozostawać na diecie mleczno - jarzynowej.

O powstawaniu odczynu tuberkulinowego. (Le conditionnement de la cutiréaction à la tuberculine) R. Even, M. Gautrelet.

La Presse Méd. Nr 98, 1936.

Dla sprawdzenia swoistości odczynu Schicka autorzy przeprowadzili szereg prób.

Stwierdzono, że u noworodków nie zarażonych gruźlicą odczyn wypada ujemnie. U ludzi dorosłych próba daje przeważnie wynik dodatni, co by wskazywało częstokroć na częstość zarażenia gruźlicą. W końcowym okresie gruźlicy przy znacznym wyniszczeniu ustroju odczyn poprzednio dodatni daje wynik ujemny. Stopień natężenia wyniku dodatniego zależy w pewnej mierze od właściwości naczynioruchowych badanego. Przy upośledzonej rozszerzalności naczyń krwionośnych tuberkulinę łączyć należy z histaminą, której wstrzyknięcie jest czynnikiem rozszerzającym naczynia krwionośne.

Wpływ fizjologiczny pary rtęci. (Action physiologique des vapeurs de mercure) H. Bordier.

Paris Méd. Nr 26, 1936.

Autor przedstawia wyniki długotrwałych badań Margeta dotyczących działania rtęci na organizmy żywe.

Punktem wyjścia zagadnienia jest fakt, że rtęć paruje w każdej temperaturze. Prężność pary rtęci wzrasta równolegle z ciepłotą otoczenia. Pary rtęciowe przenikają zarówno przez gazy (powietrze), jak i płyny (woda). Działanie trujące pary rtęci na ludzi stwierdzono po raz pierwszy przypadkowo: załoga jednego ze statków, na którym rozlał się duży transport przewożonej rtęci uległa zatruciu. Obiawami jego były: nadmierne ślinienie, rozległe owrzodzenia jamy ustnej i języka, częściowe porażenie, pogarszający się stopniowo stan ogólny. Zanotowano nawet kilka przypadków śmiertelnych.

Badania doświadczalne dotyczyły zwierząt, roślin i drobnoustrojów. Zwierzęta umieszczano w klatkach, których ściany pokryto cienką warstwą metalicznej rtęci. U wszystkich badanych zwierząt (psy, króliki, świnki morskie, ryby) spostrzegano stopniowe chudnięcie, a następnie śmierć w różnym okresie czasu, zależnie od pory roku i

rodzaju zwierzęcia. Zwierzęta ginęły w lecie wcześniej, niż w zimie. Zwierzęta kontrolne, trzymane w tych samych warunkach, lecz nie poddane działaniu pary rtęciowej, były zupełnie zdrowe. Zatrucie wywoływało bezładne drgawki mięśniowe, podniecenie, po którym następowały porażenia kończyn a wreszcie śmierć zwierzęcia. Sekcyjnie nie stwierdzano żadnych zmian w obrębie narządów wewnętrznych. O ile po krótkim okresie doświadczalnym usuwano rtęć z otoczenia zwierząt, objawy zatrucia nie pojawiały się.

Rośliny umieszczone w pobliżu rtęci więdły bardzo szybko. Wpływ rtęci na drobnoustroje badano na hodowlach bacterium denitrificans. Posiewy bakteryj w próbówkach zawierających bardzo nieznaczne ilości rtęci nie dawały żadnych wyników: szczepy nie wzrastały podczas gdy hodowle kontrolne rozwijały się bardzo obficie.

Z doświadczeń tych wynika, że nawet niewielkie ilości rtęci wywierają na ustroje żywe szkodliwy wpływ, zależny od ulatniającej się pary rtęciowej.

O obrzękach w przebiegu chorób wątroby. (Les oèdèmes des hépatiques). M. Loeper, F. Biguier.

Paris Méd. Nr 47, 1936.

Zagadnienie obrzęków, pojawiających się przy schorzeniach wątroby, jest zawiłe, ponieważ istnieje szereg czynników wpływających prawdopodobnie na ich powstanie.

1. Za główną przyczynę obrzęków wątrobowych uznać należy czynnik mechaniczny. Przy chorobach wątroby, przebiegających z obrzękami, spotykamy zwykle puchlinę brzuszną znacznych rozmiarów (marskość). Na skutek obecności dużej ilości płynu w jamie brzusznej wytwarza się ucisk na żyłę bramną. Krążenie krwi w obrębie jej rozgałęzień jest znacznie utrudnione. Ponieważ istnieją bardzo liczne połączenia pomiędzy rozgałęzieniami żył: bramnej i próżnej dolnej następuje zastępcze przekrwienie w obrębie żyły próżnej dolnej—„niewydolność krążenia" w jej zakresie. Tym się też tłumaczą dwie cechy obrzęków wątrobowych: ich zwykłe umiejscowienie i zależność od stopnia puchliny brzusznej; obrzęki te umiejscowione są zwykle na kończynach dolnych, obejmują niekiedy krocze, powłoki i lędźwiową część kręgosłupa. Rozmiary ich są przeważnie proporcjonalne do wielkości puchliny brzusznej: po nakłuciu brzucha i wypuszczeniu dużej ilości płynu obrzęki znacznie się zmniejszają — w miarę przybywania płynu obrzęki wzrastają. A więc na istnienie ich wpływa czynnik mechanicznego ucisku na żyłę bramną.

2. Obrzęki wątrobowe są częściowo pochodzenia serco-naczyniowego. Świadczą o tym inne objawy osłabienia mięśnia sercowego spotykane np. u chorych z marskością wątroby: głuche tony, rytm cwałowy, zmiany ekg., obniżone ciśnienie krwi.

3. Czasami na powstawanie obrzęków wpływają zaburzenia wydzielania wewnętrznego. Zwłaszcza w t. zw. marskości barwikowej widzieć można wypadnięcie czynności niektórych gruczołów wydzielania wewnętrznego ściśle związanych z przemianą wodną ustroju (tarczyca, nadnercza, przysadka).

4. W przebiegu zmian miąższowych wątroby, przebiegających z żółtaczką przypuszczają niektórzy autorzy istnienie jakiegoś czynnika wytwarzanego przez wątrobę, a wpływającego na nawodnienie tkanek.

Z powstawaniem obrzęków łączy się ściśle zagadnienie chemizmu zarówno płynu przesiękowego, jak tkanek i krwi. Zdaniem Filińskiego wątroba utrzymuje równowagę białkową krwi, wpływając na stały stosunek ilości albumin i globulin w osoczu: zaburzenia tej równowagi odgrywać mają dużą rolę w powstawaniu obrzęków. W chorobach przebiegających z obrzękami obniża się ciśnienie onkotyczne osocza, co ułatwia przechodzenie wody z krwi do tkanek, z drugiej zaś strony zwiększa się wodopłynność tkanek. Co się tyczy płynu obrzękowego zawiera on NaCl; zawartość białka jest niewielka. Badania na zwierzętach wykazały, że płyn ten wstrzyknięty do tkanek zdrowych wsysa się bardzo powoli. Przypuszczano, że istnieje jakiś składnik obecny we krwi, tkankach i płynach w okresie obrzęków, wpływający na nawodnienie ustroju.

Niezupełnie wyjaśnione jest również zagadnienie wydzielania wewnętrznego wątroby: hormon wydzielany przez wątrobę wywiera podobno wpływ moczopędny, a poza tym wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Jak wynika z doświadczeń wykonanych na preparatach płucnosercowych wątroba wpływa również na pogłębienie skurczów serca.

Uwzględnić również trzeba, że obrzęki mogą być wywołane przez zaburzenia w odżywianiu (głód, awitaminoza).

Możliwą rzeczą jest, że odgrywa tu też rolę zatrucie bliżej nieznanymi wytworami wadliwej przemiany materii, a więc działa czynnik toksyczny.

Wpływ utraty krwi na stan krwi dawców zawodowych. (Effets des saignées sur le sang des donneurs universels). Merklen, L. Israël, A. Apffel.

La Presse Méd. Nr 96, 1936.

Badania dotyczą zawodowych dawców krwi, którzy w ciągu 2 — 4 lat dali do przetoczenia 2 — 15 litrów krwi.

Ogólnie mówiąc, zaznaczyć należy, że stan morfologiczny krwi u ludzi zdrowych ulega bardzo niewielkim zmianom po utracie tej ilości krwi, jaką zwykle się przetacza. Po wielokrotnych przetoczeniach spostrzec można czasem zaburzenia w zakresie krwinek białych w postaci leukocytozy lub leukopenii z nieznacznym zmniejszeniem liczby krwinek białych wielojądrzastych. Najpóźniej powraca do poziomu prawidłowego zawartość hemoglobiny, obniżająca się po kilkakrotnym upuście krwi do 60%. Krwinki czerwone utrzymują się prawie na stałym poziomie około 5 milionów/mm^3. Stan ogólny badanych krwiodawców był bardzo dobry. Nie tracili oni na wadze, raczej nawet zdradzali skłonność do tycia. Doświadczenie wykazuje, że człowiek zdrowy bez obawy o stan swego zdrowia stracić może miesięcznie 100 cm^3 krwi, a więc 1200 cm^3 rocznie.

Badania nad zawartością cukru we krwi w przebiegu dusznicy bolesnej. (Les réactions glycémiques et leurs signification dans la symptomatologie et la clinique de l'angine de poitrine). M. Kogan.

Arch. des Mal. du Coeur, des Vaiss. et du Sang Nr 11, 1936.

Dusznica bolesna jest objawem zaburzeń w ukrwieniu mięśnia sercowego. Przebieg jej bywa rozmaity, zależnie od przyczyny wywołującej.

Czasami spotyka się jedynie napadowo pojawiające się lekkie pobolewania z uczuciem niepokoju w okolicy serca.

Całkowity i najbardziej charakterystyczny jest obraz dusznicy w przypadku zawału mięśnia sercowego. Cechuje się on najczęściej nagle powstającym silnym bólem w okolicy serca, gorączką do 39° i objawami zapalenia osierdzia (pericarditis epistenocardiaca). Występuje zwykle nagle podniesienie ciśnienia tętniczego krwi, a następnie jego znaczny spadek i typowe zmiany w elektrokardiogramie. Poza tym stwierdza się zwykle przyśpieszenie opadania krwinek.

Momentem pomocniczym dla rozpoznania mogą być badania nad przemianą węglowodanową, często cukromocz niekiedy z acetonurią, czasem wykrywa się podniesiony poziom cukru we krwi. Największe znaczenie posiada jednak badanie dokładniejsze, a mianowicie zbadanie zachowania sie cukru we krwi po doustnym obarczeniu 50 g cukru gronowego. Wtedy dopiero stwierdzamy zwykle upośledzenie przyswajania węglowodanów: szczyt krzywej zawartości cukru wznosi się za wysoko i powrót do wartości wyjściowej jest opóźniony.

Uwzględniwszy różnorodny przebieg dusznicy bolesnej (może ona przebiegać nawet w postaci bólów w jamie brzusznej), wykorzystać należy badanie krzywej cukrowej krwi, jako dodatkowy moment rozpoznawczy. Co do mechanizmu powstawania zaburzeń w zakresie przemiany węglowodanowej, łączą ją zwykle ze zmianami w naczyniach krwionośnych trzustki.

Niewydolność wątroby alkoholików. (L'insuffisance hépatique des alcooliques). M. Claude, R. Bocca.

Le Journ. de Méd. de Lyon Nr 404 1936.

Jednym z głównych zadań wątroby jest zobojętnianie trucizn, dostających się do ustroju drogą przewodu pokarmowego. Nic też dziwnego, że stałe wprowadzanie czynnika szkodliwego, jakim jest niewątpliwie alkohol etylowy, wywołuje uszkodzenie komórek wątrobowych. Tym tłumaczą się częste zmiany w wątrobie, spotykane u nałogowych alkoholików. Są to najczęściej zwyrodnienie tłuszczowe miąższu i marskość typu Laenneca.

Alkoholizm jest dostateczną przyczyną dla wywołania zmian w wątrobie; rozwój ich przyśpieszają znacznie przewlekłe choroby zakaźne (gruźlica, kiła).

W przebiegu klinicznym choroby odróżnić można trzy okresy:

1. Na początku sprawy pojawiają się zaburzenia trawienne (la dyspepsie alcooolique). Chorzy uskarżają się na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, jak bóle w jamie brzusznej, wzdęcia, zgaga, odbijania, dające niekiedy pełny obraz nieżytu żołądka lub wrzodu trawiennego. Równocześnie z tym występują objawy sprawy zapalnej, toczącej się w wątrobie. Chorzy mają napady bólów o charakterze kłucia, umiejscowionego w prawym podżebrzu, nudności, wymioty. Współistniejący nieżyt jelit daje rozwolnienia i zaparcia.

Przedmiotowo spostrzega się stopniowe pogarszanie się stanu ogólnego, chudnięcie. Twarz staje się czerwona. W obrębie jamy brzusznej stwierdza się powiększenie wątroby i jej bolesność uciskową. Czasami spotyka się powiększenie śledziony. W tym okresie energiczne postępowanie lecznicze, polegające przede wszystkim na przerwaniu użycia napojów wyskokowych i znacznych ograniczeniach diety, daje niekiedy dobre wyniki.

2. W drugim okresie pojawiają się objawy, zwiastujące początek zmian marskich w wątrobie. Bóle w okolicy wątroby stają się częstsze i bardziej uporczywe. Występuje żółtaczka, początkowo nieznaczna i przemijająca, a następnie stała i stopniowo wzrastająca. Do tego dołącza się puchlina brzuszna, powiększająca się zwykle w miarę postępu sprawy chorobowej. Objawem pogarszającym znacznie rokowanie jest pojawianie się krwotoków. Występują krwawe stolce, krwawe wymioty, krwioplucia i wybroczyny, zależne prawdopodobnie od zmian w składzie chemicznym krwi. Ze strony narządu krążenia spostrzega się stopniowy rozwój niewydolności, pochodzenia lewokomorowego. Ciśnienie tętnicze krwi jest początkowo wzmożone, a następnie spada znacznie poniżej poziomu prawidłowego.

Marskość przerostowa typu Hanot-Gilberta jest postacią rzadką. Rozwija się ona zwykle nie stopniowo lecz skokami, charakteryzującymi się nagłym pojawianiem się żółtaczki, puchliny brzusznej i bólów w okolicy wątroby. Objawy te cofają się, by powrócić po upływie kilku do kilkunastu dni. Leczenie polega przede wszystkim na zwalczaniu puchliny brzusznej drogą częstych nakłuć, diety i środków moczopędnych. Czasami pojawiają się wyskoki gorączki.

Marskość zanikowa Laennec-a spotyka się częściej. Cechuje się ona stopniowym postępowaniem sprawy. Przedmiotowo stwierdza się małą wątrobę, powiększenie śledziony, puchlinę brzuszną i objawy krążenia obocznego drogą żyły próżnej dolnej.

Najrzadziej występują: marskość barwikowa, i marskość typu Hanot.

Marskość wątroby u alkoholików daje rokowanie bardzo złe. Sprawa przebiega zwykle szybko i kończy się zejściem śmiertelnym. Bezpośrednia przyczyna śmierci bywa bardzo różna. Chorzy giną czasem na skutek krwotoku z przewodu pokarmowego. Śmierć może być wywołana przez nadmierne wysuszenie ustroju po wielokrotnych nakłuciach. Zwykle zejście zbliża się powoli wśród objawów wzrastającej niewydolności wątrobowej (żółtaczka, bóle głowy, podniecenie, senność, obniżenie ciepłoty). Przed śmiercią występuje niekiedy śpiączka wątrobowa lub ketonowa. Często mamy do czynienia z zapaleniem nerwów (polyneuritis toxica). Raz notowano pęknięcie przedniej ściany jamy brzusznej na skutek nagłego wzrostu ciśnienia nagromadzonego w niej płynu.

W przebiegu marskości możemy szeregiem ba-

dań chemicznych oznaczyć mniej więcej stopień upośledzenia jej czynności. Do tych sposobów należy np. próba galaktozowa. Polega ona na badaniu stężenia galaktozy w moczu chorego, oddanym w 2, 4, 10 i 24 godziny po podaniu doustnie 40 g galaktozy. Zwiększenie zawartości galaktozy w moczu świadczy o upośledzeniu zdolności gromadzenia węglowodanów przez wątrobę. Oznaczenie t. zw. wskaźnika Maillarda opiera się na fakcie przetwarzania związków azotowych przez wątrobę; wątroba przerabia bowiem azot nieorganiczny na mocznik. Wskaźnik Maillarda określa stosunek azotu mocznikowego do nieograniczonego, zawartego w surowicy krwi. W niewydolności wątroby wskaźnik ten jest znacznie zwiększony. Prawidłowo wysokość jego wynosi około 10. Inne badania stwierdzają zakwaszenie ustroju w niewydolności wątroby.

Do badań zasadniczych i łatwych do wykonania należy poszukiwanie urobiliny, soli i barwików żółciowych w moczu. Jedna z najważniejszych i najbardziej rozpowszechnionych jest próba van den Bergha, przy pomocy której oznacza się ilość bilirubiny, zawartej w surowicy krwi. Dwa rodzaje odczynu: pośredni i bezpośredni pozwalają na częściowe odróżnienie żółtaczki mechanicznej od żółtaczki pochodzenia miąższowego.

Ogólnie zaznaczyć należy, że uszkodzenie miąższu wątrobowego, przy nałogowym alkoholizmie należy do spraw ciężkich, najczęściej o rokowaniu fatalnym.

CHIRURGIA.

Obrazy kliniczne gruźlicy kostno - stawowej współistniejącej z czynną gruźlicą płuc. (Aspects cliniques et modes évolutifs des tuberculoses mixtes artéoarticulaires et pulmonaires associées). Pierre Bourgeois et M. Lebel.

Soc. Méd. des Hopit. de Paris. Nr 34, 1936.

Autorowie spostrzegali 108 tego rodzaju przypadków — uważanych przez chirurgów nagół za rzadkie. Spostrzeżenia na temat tych przypadków autorowie grupują w sposób następujący: a) zależność przebiegu klinicznego od kolejności występowania objawów kostno - stawowych w stosunku do objawów płucnych, b) zależność przebiegu klinicznego od umiejscowienia ognisk kostno - stawowych.

Co do pierwszej grupy spostrzeżeń, to objawy gruźlicy płucnej mogą bądź to poprzedzać wystąpienie objawów gruźlicy kostno - stawowej, bądź to mogą występować prawie jednocześnie, bądź też objawy gruźlicy kostnej poprzedzają wystąpienie objawów płucnych. Poprzedzanie objawów kostnych przez objawy płucne miało miejsce w przypadkach autorów w 50%. Przerwa między wystąpieniem objawów płucnych i kostnych wynosiła poniżej 3 lat. Przebieg tych przypadków był nagół ciężki i to tym cięższy im krótszy był okres dzielący początek objawów kostnych od wystąpienia objawów płucnych.

Przypadków o mniej więcej jednoczesnym wystąpieniu objawów kostnych i płucnych było 11%; przypadki te miały przebieg klinicznie stosunkowo najcięższy.

Pozostałych 39%, były to przypadki, w których najpierw wystąpiły objawy gruźlicy kostnej; objawy gruźlicy płucnej, które wystąpiły później uzewnętrzniły się bądź to po zagojeniu ogniska kostnego (przypadki te miały nagół przebieg łagodny o cechach gruźlicy płucnej włóknistej). bądź też w okresie czynności ogniska kostnego. (Są to przypadki nagół rzadkie i ciężkie, w których bodźcem do rozwoju gruźlicy płucnej bywa częstokroć krwawy zabieg na ognisku kostnym).

Jeśli przejdziemy teraz do rozpatrzenia zależności przebiegu klinicznego od umiejscowienia ogniska kostnego, to rozróżniamy tutaj: a) ograniczenie ogniska stawowego do jednego dużego stawu (przebieg kliniczny ciężki i szybko prowadzący do śmierci); b) ograniczenie do ogniska kostnego w małym stawie (w obrazie klinicznym na pierwszy plan wysuwa się gruźlica płucna, obecność ogniska kostnego nie odbija się nagół na stanie ogólnym); c) liczne ogniska w małych stawach (powstawanie coraz to nowych, licznych ognisk szybko sprowadza charłactwo); d) liczne ogniska w dużych i małych stawach (przebieg ciężki i niepomyślny).

Na zakończenie autorowie zaznaczają, że należy być niesłychanie ostrożnym w dokonywaniu u chorych, — cierpiących jednocześnie na gruźlicę kostno - stawową i czynną gruźlicę płuc, — krwawych zabiegów chirurgicznych na gruźliczym ognisku kostnym, gdyż wywołuje to z reguły pogorszenie ogólnego stanu chorego. Należy tu raczej ograniczyć się do unieruchomienia chorych stawów i ewentualnego nakłuwania zimnych ropni. W przeciwieństwie do tego gruźlicę płucną należy traktować bardziej czynnie, gdyż poprawa w stanie płuc odbija się bardzo dodatnio na stanie ogólnym chorego i na gojeniu się gruźliczych ognisk kostnych.

Stosowanie nakłucia w rozpoznawaniu i leczeniu ropni płuc. (La ponction systématique dans le diagnostic, le pronostic, le traitement des abcès du poumon). Stefanini.

Revue de Chirurgie Nr. 9, listopad 1936.

Nakłuwanie płuca w celach rozpoznawczych w przypadkach ropnia płucnego jest nagół stosowane rzadko, gdyż zabieg ten jest powszechnie uważany zarówno za niecelowy (daje jakoby rzadko wynik dodatni), jak i niebezpieczny dla chorego. Autor jest odmiennego zdania i uważa, że zabiegowi temu należałoby przywrócić prawo obywatelstwa, gdyż wysuwane przeciwko temu zabiegowi zarzuty są nie uzasadnione. Nakłucie płuca wykonane w ten sposób, jak to robi autor, nie jest bynajmniej niebezpieczne dla chorego, pozwalając jednocześnie dotrzeć do jamy ropnia w dużej odsetce przypadków. Zabieg ten zasługuje na szersze stosowanie także i z tego względu, że inne metody rozpoznawania ropnia płucnego (wysłuchiwanie, opukiwanie, obrazy rentgenowskie, badanie krwi na leukocytozę), są nagół bardzo niepewne. Autor dokonuje nakłucia płuca w przebiegu ropnia płucnego w sposób następujący: najpierw stara się możliwie dokładnie ustalić miejsce, w którym należy wykonać nakłucie. Miejsce to cechuje się największą bolesnoś-

cią samoistną i wywołaną opukiwaniem. W czasie wbijania igły do płuca poleca się choremu wstrzymać na kilka sekund oddech. Z chwilą przeniknięcia do jamy ropnia, w ujściu zewnętrznym igły pojawia się ropa. W czasie usuwania ropy nie należy unieruchamiać zewnętrznego końca igły, pozwalając mu ruszać się zależnie od oddechów. W czasie wyciągania igły z płuca chory znowu wstrzymuje oddech, operujący zaś przez cały czas cofania igły wstrzykuje niewielkie ilości lipiodolu. To ostatnie zapobiega zakażeniu tkanki płucnej wydobywaną ropą. Zabieg powyższy pozwala zarówno na wczesne ustalenie obecności ropnia, jak i na określenie rodzaju drobnoustrojów, które wywołały ropienie. Wydobycie ropy w jej czystej postaci bezpośrednio z jamy ropnia pozwala na przygotowanie autoszczepionek, których stosowanie ułatwia, jak wiadomo, osiągnięcie ostatecznego pożądanego wyniku leczniczego. Nie małe znaczenie pod względem leczniczym posiada również możność systematycznego opróżniania w ten sposób jamy ropnia.

Nagła śmierć w przypadkach złamań kości. (Mort subite dans les fractures). M. F. Massmouteil.

Bul. et Mem. de la Soc. des Chir. de Paris, listopad 1936.

Autor zebrał zarówno ze swojej praktyki, jak i z literatury 52 przypadki nagłej śmierci w przebiegu leczenia złamań kostnych. Śmierć występowała zwykle na 8 — 20 dzień po złamaniu, raz notowano nawet na setny dzień, niezależnie od miejsca złamania i od tego, czy uszkodzona kończyna była już unieruchomiona w opatrunku gipsowym, czy nie. Chorzy mieli prawie wszyscy powyżej 50 lat. Przypadki te występowały w porach jesiennej i wiosennej, sprzyjających powstawaniu zapaleń żył. Złamania były zarówno otwarte, jak i zamknięte.

Przyczyną śmierci w tych przypadkach były zatory większych tętnic płucnych (stwierdzone sekcyjnie). Według autora zatory te powstawały w przebiegu ukrytego zapalenia żył kończyny uszkodzonej. Złamanie kości, wywołujące z reguły duże uszkodzenie naczyń żylnych, daje w swym przebiegu u osobników starszych często zapalenie żył bez wyraźnych objawów klinicznych, a następowe unieruchomienie kończyny pogarsza warunki ukrwienia i przedłuża proces zapalny żyły. Oderwane cząstki zakrzepów, utkwiwszy w tętnicach płucnych, powodują nagłe zejście śmiertelne.

W 2 przypadkach Tavernier'a, gdzie na sekcji nie znaleziono wyraźnych zmian w płucach, autor podejrzewa istnienie drobnych zatorów podopłucnowych, które na drodze odruchowej (np. jak w niektórych przypadkach przebicia opłucnej zwykłą cienką igłą), wywołują nagły wstrząs śmiertelny.

W dalszych rozważaniach autor stwierdza, że zatorom tłuszczowym w przypadkach złamań kości długich przypisuje się zbyt dużą rolę w powstawaniu nagłych zejść śmiertelnych na niekorzyść zatorów natury zakrzepowej, pochodzących z żył ogniska złamania.

Ropne zapalenie uchyłka sterczu (utriculus prostatae), przebiegające wśród objawów ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej. (Kyste suppuré de l'utricule prostatique ayant determiné un syndrôme de peritonite généralisée). A. Valerio.

Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris, czerwiec 1936.

Chory lat 29, (w wywiadach rzeżączka przed 8 laty, leczona szczepionkami, proteinoterapią i stosowaniem miejscowym środków mechanicznych i chemicznych), nagle dostał gwałtownych bólów w nadbrzuszu, które po kilku godzinach zaczęły promieniować do prawego dołu biodrowego, a wkrótce potem rozszerzyły się na cały brzuch. Mdłości, wymioty, gorączka 39°, wstrzymanie gazów i stolca. Zastosowano środki czyszczące i lewatywę, po których wymioty i bóle brzucha powiększyły się. Autor badał chorego na 4-ty dzień choroby i stwierdził u niego objawy ostrego rozlanego zapalenia otrzewnej — z bębnicą brzucha, napięciem powłok brzusznych, ogólną bolesnością brzucha, zwłaszcza okolicy prawego dołu biodrowego i pępka, z zaparciem gazów i stolca, facies hippocratica, tętno 130 na 1, niemiarowe, ciepłota 37,4°, spadek ciśnienia krwi i ogólne podniecenie nerwowe. Badaniem przez odbytnicę autor stwierdził bolesność uciskową cewki tylnej, w której chory odczuwał i samoistny ból tętnicy. Rozpoznano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z zapaleniem otrzewnej i poddano chorego operacji otwarcia brzucha. Jednakże w czasie operacji nie znaleziono ani zapalenia wyrostka, ani tym bardziej zapalenia otrzewnej. Wyrostek wycięto i brzuch zaszyto z pozostawieniem sączka w okolicy prawego dołu biodrowego. Po operacji objawy otrzewnowe utrzymywały się w dalszym ciągu, jak również i bóle tętniące w okolicy tylnej cewki. Badanie palcem przez kiszkę stolcową stwierdziło żywą bolesność uciskową w okolicy tylnej cewki; gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne bez wyraźnych zmian. Wziernikowanie cewki wykazało w okolicy uchyłka sterczowego (utriculus prostatae) obecność krwawo - ropnej torbieli. Ścianę tej torbieli nacięto i torbiel opróżniono z ropy, poczem wnętrze torbieli przypalono 10% roztworem azotanu srebra. Badanie ropy wykazało obecność dużych ilości dwoinek Neissera. W 12 godzin po tym stan chorego zaczął się szybko poprawiać i poprawa stale i szybko postępowała. Po 12 dniach rana operacyjna była zagojona, leczenie cewki tylnej przypalaniem i wstrzykiwaniem szczepionek przeciwrzeżączkowych kontynuowano. W ostatecznym wyniku otrzymano całkowite wyleczenie, potwierdzone wynikiem badania bakteriologicznego wydzieliny z cewki.

Rozważania nad stosowaniem evipanu. (Considérations sur l'emploi de l'Evipan). Verdouk.

Bruxelles - Médical Nr. 42, sierpień 1936.

Evipan w położnictwie ma b. duże zastosowanie, nadaje się bowiem jako środek usypiający do wszystkich krótkotrwałych zabiegów, jak: kleszcze, obrót i t. p. Autor stosował tę narkozę także przy operacji cięcia cesarskiego. Przy porodzie siłami natury, usiłował on również uzyskać zapomocą evipanu pewne znieczulenie, tu jednakże narazie trudno jeszcze określić odpo-

wiednią dawkę, która znieczulając nie osłabiłaby skurczów macicy. Autor uważa, że evipan należy dawkować indywidualnie, pamiętać przy tem trzeba, że ulega on w wątrobie rozpadowi; ażeby więc ten rozpad opóźnić należy jednocześnie podawać dożylnie roztwór glukozy. Okres uśpienia wynosi zwykle ok. 20 minut, po tym czasie po krótkotrwałym drżeniu całego ciała następuje przebudzenie. Ujemnego wpływu evipanu na płód nie spostrzegano.

Środek ten jest wygodny dla lekarza i przyjemny w użyciu dla chorej. Nie nadaje się jedynie do użycia w przypadkach ciężkich, np. przy dużym wykrwieniu się chorej w przypadku łożyska przodującego, w stanie zapaści lub przy ciężkim zatruciu ogólnym.

Technika leczenia nerwobólów reumatycznych wstrzykiwaniami środków znieczulających w okolicę odpowiedniego nerwu. (Le traitement local des algies rhumatismales par les injections périnerveuses). S. de Sèze.

La Presse Méd. Nr. 97. grudzień 1936.

I. Rwa kulszowa.

Stosuje się tu 3 rodzaje wstrzykiwań: 1) nadoponowe (do kanału krzyżowego) — znieczulające korzonki nerwów krzyżowych; 2) przykręgowe — znieczulające splot lędźwiowo - krzyżowy; 3) dokoła nerwu kulszowego — znieczulające sam nerw lub jego zakończenie.

1. Technika wstrzykiwań nadoponowych (épidurale). Chory leży w pozycji kolankowo-łokciowej. Dolny otwór kanału krzyżowego lekarz wymacuje wskazicielem lewej ręki. Znajduje się on w linii środkowej, poniżej ostatniego wyrostka ościstego kości krzyżowej, ograniczony od góry rozdwojeniem tej kości tuż pod tym wyrostkiem, od dołu i boków 2 guzkami tylno - dolnymi kości krzyżowej. W tym miejscu wyczuwa się jakby próg kostny, igłę dobija się tuż poniżej tego progu z początku prawie prostopadle, a po przebiciu błony ogonowo - krzyżowej prowadzi się ją równolegle do kanału krzyżowego wgłąb na 4 — 5 cm. Po przekonaniu się, że przez igłę nie wypływa ani krew, ani płyn mózgowordzeniowy wprowadza się ok. 20 cm^3 środka znieczulającego.

2. Technika wstrzykiwań przykręgowych. Na 4 cm w bok od wyrostka ościstego V kręgu lędźwiowego wbija się pionowo dość grubą igłę na 5 — 6 cm wgłąb. Z chwilą, kiedy koniec igły dotknie wyrostka poprzecznego kręgu, cofa się ją lekko, poczem kieruje ją skośnie w dół i ku wewnątrz na głębokość 2 — 3 cm i wprowadza 10 — 20 cm^3 roztworu znieczulającego.

3. Technika znieczulania nerwu kulszowego. Nerw kulszowy można znieczulać na różnych wysokościach jego przebiegu wzdłuż kończyny.

a) Znieczulenie w miejscu wyjścia nerwu z pod mięśnia pośladkowego. Na pośladku przeprowadza się linię, łączącą staw krzyżowo - ogonowy z krętarzem dużym. Linię tę dzieli się na 3 części, a igłę wbija się na 2 cm nazewnątrz od granicy jednej trzeciej wewnętrznej i środkowej. Igłę wprowadza się prostopadle wgłąb na 5 — 9 cm, zależnie od grubości warstwy tłuszczowej pośladka. Płynu znieczulającego używa się 10 — 20 cm^3.

b) Znieczulenie w miejscu rynienki krętarzowo-kulszowej. Chory ułożony jest na boku zdrowym, noga chora zgięta mocno w biodrze, w kolanie pod kątem prostym. Wyczuwa się krętarz duży i guz kulszowy, między temi guzami biegnie nerw kulszowy. Igłę wbija się pionowo bliżej guza kulszowego aż do kości i wpuszcza 5 cm^3 roztworu, następnie cofa się ją nieco i wbija ponownie wgłąb na 3 — 4 cm skośnie nazewnątrz, wprowadzając 10 cm^3 roztworu.

c) Znieczulenie na udzie. Na wysokości ⅓ dolnej uda w linii środkowej tylnej wstrzykuje się płyn znieczulający na 5 — 6 cm wgłąb.

d) Znieczulenie na podudziu. Płyn znieczulający wstrzykuje się albo w okolicę główki kości strzałkowej, albo w połowie przebiegu łydki na 4 — 5 cm wgłąb. Wstrzykiwanie w to ostatnie miejsce jest wprawdzie bolesne, ale daje bardzo dobre i szybkie wyniki.

II. Lumbago.

1) Największa bolesność występuje zwykle na wysokości 4 — 5 kręgu lędźwiowego. Na tejże wysokości wbija się igłę na 2 poprzeczne palce w bok od linii środkowej, skośnie ku wewnątrz aż do zetknięcia się końca igły z kością. Wtedy wstrzykuje się 10 — 15 cm płynu. Chory znajduje się w pozycji stojącej.

2) Na wysokości dolnego brzegu wyrostka ościstego danego kręgu wbija się igłę na 1 palec poprzeczny od l. środkowej skośnie i nazewnątrz. Jeśli na głębokości kilku cm napotka igła na kość wycofuje się ją lekko i kieruje ku górze. W ten sposób znieczula się korzonki na wysokości tego kręgu, należy to samo uczynić na wysokości kręgów sąsiednich od góry i od dołu.

J. Czyżewska.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Ginekologia w 1936 r. — przegląd roczny. (La Gynécologie en 1936. Revue annuelle). Palmer Raoul.
Paris Médical Nr. 51/1936.

Z pośród licznych prac, które ukazały się w 1936 r., autor wybrał kilka zasługujących na uwagę.

Na wstępie podaje nowe książki, m. in. Mondor — Poronienia śmiertelne; Mathey-Cornot — Radioterapia w ginekologii, Clauberg — Hormony płciowo - kobiece.

W dziedzinie hormonologii na uwagę zasługują prace Moricarda, który badał wpływ folliculiny na narządy rodne kobiet wytrzebionych. Stosowanie folliculiny wywołuje przerost zanikłej śluzówki (nabłonka oraz podłoża), lekki obrzęk podłoża z wylewami krwawymi, a w ostatecznym wyniku występowanie krwawienia. Autor zaznacza przy tym, że krwawienie, wywołane wyłącznie działaniem folliculiny, różni się tym od prawdziwej miesiączki, że krwawienie to występuje wśród objawów przerostu po dłuższym jego trwaniu, bez zmian wydzielniczych. Mikulicz-Radecki i Kausch uważają ten typ miesiączkowania w życiu fizjologicznym kobiety za właściwy dla młodych dziewcząt, nie wytwarzających ciałka żółtego, co tłomaczy tak

rzadko spotykaną ciążę w tym wieku, oraz częste stosunkowo krwawienia czynnościowe. Oprócz działania follikuliny na narządy rodne stwierdzono dodatkowe działanie tego leku na niektóre cechy wtórne płciowe, przede wszystkim na rozwój gruczołów piersiowych — zresztą przemijający. Działanie to zauważyć się daje jedynie u młodych dziewcząt, a stwierdzono je w związku z leczeniem follikuliną (dawki 10.000) kolpitis gonorroica. Wskazaniem do leczenia follikuliną jest skąpe miesiączkowanie i nieregularne miesiączki w okresie pokwitania. oraz objawy wtórnego zaniku narządów rodnych wewnętrznych lub zewnętrznych.

Zaznacza się wybitna różnica w traktowaniu pierwotnego i wtórnego braku miesiączki. W amenorrhoe wtórnej leczenie follikuliną daje dobre wyniki, niekiedy nawet trwałe ,podczas gdy pierwotny brak miesiączki nie poddaje się leczeniu samą follikuliną (K a u f m a n n). Za przeciwwskazanie do stosowania follikuliny uważa M o r i c a r d stany, które on wiąże z nadmiernym wytwarzaniem follikuliny, a które dają takie objawy, jak nadmierną wydzielinę szyjki, napięcie gruczołu sutkowego, a w moczu udaje się wykryć follikulinę (dodatnia próba d'A l l e n D o i s y). Również przeciwwskazanym jest podejrzenie obecności nowotworu złośliwego.

M o r i c a r d zwalcza pogląd o antagonizmie czynnościowym follikuliny i luteiny. Doświadczenia przeprowadzone na królicy doprowadziły go do twierdzenia, że działanie luteiny jest uzależnione od ilościowej obecności follikuliny w ustroju; przy zmniejszonej lub nadmiernej ilości follikuliny, luteina przestaje działać.

Luteinę stosują w braku miesiączki (R i v o i r e), bolesnym miesiączkowaniu na 2 dni przed miesiączką, w bezpłodności, nawykowych poronieniach i krwawieniach czynnościowych. Krwawienia czynnościowe występujące w praeclimacterium próbowano leczyć follikuliną, follikuliną i luteiną, oraz samą luteiną. Najlepsze wyniki osiągnięto, stosując luteinę. Hormon przedniego płata przysadki mózgowej stosują ostatnio w dużych dawkach jednocześnie z follikuliną, w braku miesiączki spowodowanym jedynie zaburzeniami przysadki mózgowej. Brak miesiączki występuje obok ogólnego wychudzenia, zaniku narządów rodnych, obniżonego ciśnienia krwi i przemiany materii. Dalszym stadium tej choroby jest kacheksja S i m m o n d s a.

Bardzo dużo prac ukazało się w 1936 r. o niepłodności. V i l l a r d podaje przypadek ciąży po salpingostomii. B o n n e t wprowadza metodę przedmuchiwania trąbek kymografem R u b i n a, który pozwala nietylko na określenie drożności trąbek ,ale również na spostrzeganie ich skurczów, co daje wyobrażenie o ich stanie czynnościowym.

Obok przedmuchiwania zajmowano się hysterosalpingografią. W związku z zaobserwowanymi przypadkami ropniaka jajowodu, który powstał po dokonanej salpinogografii, połączonej z dłuższym zatrzymaniem lipiodolu, D o n a y ogranicza się w przypadkach niepłodności do samego przedmuchiwania. B é c l è r e przeciwnie uważa salpingografię za metodę dobrą i bezpieczną, ograniczając się tylko w przypadkach podejrzanych o hydrosalpinx do wstrzykiwania małej ilości lipiodolu. W związku z burzliwymi objawami towarzyszącymi przedostawaniu się lipiodolu do trąbek i otrzewnej P r o u s t i P a l m e r, pragnąc uzyskać obraz jamy macicy w przypadkach podejrzanych o nowotwór tejże, stosują samą hysterografię pod ciśnieniem nie przekraczającym 40 mm Hg.

Wśród licznych opisywanych przypadków spraw chorobowych przydatków, na uwagę zasługuje przypadek M o r i c a r d'a i P a l m e r'a dotyczący wylewów krwawych do jajnika w miejscu ciałka żółtego, które występowały 15 dnia cyklu z jednoczesnymi zmianami śluzówki, charakterystycznymi dla działania ciałka żółtego. Ta krwawa luteinizacja (podobna do występującej u królicy po podaniu prolanów) najprawdopodobniej polega na zaburzeniu w wydzielaniu przysadki mózgowej.

Opisano również ciekawe przypadki torbieli luteinowych i follikulinowych, dających dodatnią próbę Friedmana, oraz włókniaki jajnika, guzy wywołujące powstawanie cech męskich oraz follikulomy. P a l m e r opisuje adenomyosis pod postacią torbieli czekoladowych jajnika, pękających co pewien czas wśród objawów pelveoperitonitis. Charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej jest bolesne miesiączkowanie, z bólami nasilającymi się pod koniec miesiączki, z jednoczesnym obrzmieniem i powiększeniem guzów; — leczenie operacyjne. W wypadku nawrotu lub gdy przypadek nie nadaje się do operacji — rad w dawce kontracyjnej.

W piśmiennictwie o ciąży pozamacicznej zwrócono uwagę na konieczność całkowitego usunięcia trąbki ciężarnej. T r i l l a t i C o n t a m i n opisali wpływ zabiegów poronnych na przebieg i rokowanie ciąży pozamacicznej, twierdząc, że występują wtedy większe trudności rozpoznawcze, oraz pogarsza się rokowanie; choroba przebiega z podwyższoną temperaturą i dreszczami. W każdym przypadku ciąży pozamacicznej, wykazującym zakażenie miejscowe, lub ogólne, podejrzewają autorzy dokonanie zabiegu, mającego na celu wywołanie poronienia. Wśród chorób macicy opisano przypadki metritis leczonej elektrokoagulacją elektrodą 2 biegunową, bądź jednobiegunową. P a l m e r jako leczenie wstępne proponuje wstrzykiwania szczepionki wielowartościowej do szyjki. N a d j m A b a d i zajmował się przypadkami raka szyjki w ciąży. Zwiększona ilość follikuliny pobudza rozwój raka miejscowo, lecz nie wpływa na tworzenie się przerzutów. Przy wczesnym rozpoznaniu raka — leczenie operacyjne, polegające na usunięciu macicy. Jeśli rak nie nadaje się do leczenia operacyjnego lub ciąża jest daleko posunięta, stosuje rad, zaś poród kończy cięciem cesarskim, połączonym z usunięciem macicy.

Dużo prac o metodach operacyjnych w ginekologii ukazało się w 1936 r. Wszyscy autorowie zgadzają się na przeprowadzanie operacji, w miarę możności zachowawczo. W przypadkach schorzenia przydatków ujawnia się dążenie do pozostawienia macicy i przynajmniej 1 jajnika. Pozostawienie macicy odgrywa dużą rolę w statyce miednicy małej; stosowaniem follikuliny można wywołać miesiączkę, a D i e u l a f é uważa macicę za organ o wewnętrznym wydzielaniu, którego obecność zapobiega wystąpieniu objawów wypadowych. W wypadku usuwania macicy, zgodne są zdania autorów, żądające pozostawienia jajników, należy przy tym zwrócić uwagę na pozostawienie dostatecznego unaczynienia. Wyniki

autorów francuskich są lepsze od wyników autorów niemieckich. We Francji coraz częściej stosują usuwanie macicy przez pochwę; metoda ta wg autorów daje mniejszy wstrząs pooperacyjny, oraz brak powstawania zatorów.

W dążeniu do odsunięcia jaknajdalej climacterium dużą rolę odgrywają operacje wszczepiania jajników. C o t t e w przypadkach zapalenia przydatków, zwyrodnienia drobnotorbiclowego jajników, oraz mięśniaków wszczepia jajniki do sieci. Miesiączka występuje przeciętnie po upływie kilku miesięcy, nie wywołuje żadnych zaburzeń i utrzymuje się do kilku lat. D o u a y po usunięciu macicy wszczepia jajniki do warg większych. Czynność ich przejawiająca się okresowym obrzmiewaniem, rozpoczyna się parę miesięcy po operacji i trwa do kilku lat. Po zaprzestaniu działania szczepu M o r i c a r d uczynnia je podając preparaty hormonalne.

Osiągnięto dość dobre wyniki, wytwarzając operacyjnie sztuczną pochwę. B u r i a n stosował przeszczepienie skóry; B a u m g a r t e n operacją Baldwina.

Odnośnie do wszystkich operacyj H u b e r t zaznacza, że najlepsze wyniki daje operacja przeprowadzona w I-ej połowie cyklu miesiączkowego.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Leczenie zapalne śluzówki jamy ustnej w przebiegu kuracji przeciwkiłowej. (La thérapeutique des stomatites médicamenteuses au cours des traitements antisyphilitiques). L. L a f o u r c a d e.

Bulletin génér. de thérapeut. 1936, N. 3.

Wszystkie leki przeciwkiłowe mogą wywołać zmiany zapalne w jamie ustnej. Najcięższe postaci tych schorzeń występują podczas leczenia kiły rtęcią i to podczas stosowania oleju szarego. Zmiany początkowe występują w sąsiedztwie zębów, przedewszystkiem próchnicowych. Szybko tworzą się nadżerki — owrzodzenia — zgorzel. Ropienie jest bardzo obfite, towarzyszy mu silne cuchnięcie tak bardzo charakterystyczne dla zmian rtęciowych. Mniej nasilone, lecz również alarmujące objawy występują po cjanku rtęci. O nasileniu tych zmian świadczy dobitnie fakt, że niejednokrotnie w takich przypadkach zmuszeni bywamy do interwencji chirurgicznej, aby usunąć magazyny szkodliwego leku, znajdujące się w mięśniach pośladkowych. Leczenie miejscowe polega na pilnym przestrzeganiu higieny jamy ustnej, na płukaniu płynami ściągającymi i pendzlowaniu odkażającemi np. Methylblau 1.0 glycerini, Ag. destill aa 5.0. W przypadkach dużych owrzodzeń zgorzelinowych wskazane jest stosowanie szczepionek i innych środków przeciwbakteryjnych, działających ogólnie. W przypadkach głębokich zmian zwłaszcza na migdałkach i łukach, świadczących do pewnego stopnia o ogólnym zatruciu rtęcią stosuje Milian z bardzo dobrym wynikiem Rongalite, który okazał się środkiem doskonałym w przypadkowych zatruciach rtęcią (otrucia). Środek ten podaje Milian doustnie, na dawkę 5 — 7 do 12 gr. w wodzie. Z leków przeciwkiłowych jedynie arsenobenzole * są dopuszczalne.

Bizmut wywołuje w jamie ustnej zmiany daleko mniej groźne, można powiedzieć banalne. Niepożądanym ze względów kosmetycznych jest ciemno szary obrzęk na dziąsłach, który dosyć często zjawia się podczas leczenia bizmutem. Rzadko dochodzi do większego obrzęku dziąseł a wyjątkowo do powstawania nadżerek. Rozpuszczalne preparaty bizmutu częściej wywołują zmiany w jamie ustnej niż zawiesiny. Zastosowanie leczenia miejscowego usuwa zmiany zapalne w bardzo krótkim czasie. Autor poleca w przypadkach pobizmutowego zapalenia dziąseł stosowanie, jako środka pobudzającego cjanku rtęci, w ilości 0.01, w zastrzykach, codziennie. Ten sposób, jego zdaniem, przyśpiesza leczenie.

Arsen w przeciwstawieniu do bizmutu i rtęci tylko wyjątkowo wywołuje zmiany w jamie ustnej. Są to zmiany zapalne, bardziej rozlane, powierzchowne typu banalnych nieżytowych, nie mające tak wybitnej, jak poprzednie skłonności do umiejscowienia się na dziąsłach a zajmujące w równej mierze łuki, podniebienie. Zmianom tym towarzyszą objawy ogólne, ciepłota podniesiona, białkomocz. Stan ten trwa krótko, ustępuje łatwo z wyjątkiem postaci, przebiegającej z równoczesnem zapaleniem szpiku kostnego w szczęce, opisanej jako wyjątkowe powikłanie leczenia arsenobenzenem.

Postępowanie zapobiegawcze, jak utrzymanie uzębienia w należytym stanie i codzienna higjena jamy ustnej w przeważnej ilości przypadków, zwłaszcza podczas leczenia bizmutem i arsenobenzenem mogą ustrzec chorego od tych niepożądanych powikłań.

Doświadczenie na zwierzętach- wykazują niezbicie, że nasycenie organizmu zwierzęcego (małpy) do pewnego poziomu bizmutem chroni organizm od zakażenia kiłą, chociażby szczep zakażający posiadał dużą żywotność. Spostrzeżenia dotyczące organizmu człowieka obejmują głównie prostytutki.

Systematyczne leczenie zapobiegawcze u prostytutek stosuje od 9-ciu lat Sonnenberg w Łodzi. Wykonuje on co 2 tygodnie wstrzykiwanie pochodnych bizmutu i osiąga w ten sposób po 98 dniach od pierwszego zastrzyku maximum nasycenia bizmutem. Objawów nietolerancji nie spostrzegał. Zestawienia Sonnenberga wymownie świadczą o skuteczności tego leczenia. Do końca np. r. 1927 z leczonych zapobiegawczo zachorowało 5 na kiłę — z nieleczonych zaraziło się 20.

Zakażenie u leczonych zapobiegawczo następuje zwykle w początkach leczenia, gdy nasycenie nie osiągnęło poziomu lub po zaprzestaniu wstrzykiwań bizmutu.

Anatoksyna gronkowcowa. (L'anatoxine staphylococcique). J. G a t é, P. C u i l l e r e t, G C h a n i a l.

Le Journal de Mèd. de Lyon, 1936, Nr. 393

Anatoksyna gronkowcowa jest pochodną taksyny wyodrębnionej z hodowli buljonowych odpowiednio dobranych szczepów gronkowców. Anatoksyna jest całkowicie pozbawiona własności trujących, pomimo to działa, jak antygen t. zn. wstrzyknięta choremu wzmaga jego odporność przez pobudzenie produkcji antytoksyny.

---

* Według nowej nomenklatury chemicznej polskiej: a r s e n o b e n z e n y.

Anatoksynę wstrzykuje się podskórnie w ilości ½ccm do 2 ccm — co 8 dni. Naogół niema celu wykonywać zabiegi częściej, a 3 wstrzykiwania zwykłe wystarczają do podniesienia ilości przeciwciał w surowicy.

Autorzy stosowali ten sposób leczenia w 18 przypadkach: w 7-miu przyp. czyraczności i 2 hidroadenitis wyzyskano wyleczenie, w 3-ch figówki bakteryjnej w 4-ch trądzika z dużym ropieniem znaczną poprawę; w przypadku pyodermitis vegetans nie uzyskano żadnej poprawy, jak również leczenie to w przypadku zapalenia szpiku kostnego było całkiem bez wyniku.

Leczenie anatoksyną ma również swoje strony ujemne. Częstym objawem ubocznym, na szczęście nie groźnym jest odczyn miejscowy w postaci rumienia, osiągającego wielkość rozmaitą, niekiedy nawet dłoni, a utrzymującego się 24 — 28 godzin. Odczyn ogniskowv bywa bardzo znikomy i krótkotrwały i raczej sprzyja cofaniu się zmian.

Objawy ogólne spotyka się rzadko, mogą one być rozmaite, co do nasilenia. Nierzadko ciepłota po wstrzyknięciu podnosi się do 35,5° i może utrzymać się przez 1 lub 2 doby. W dużych zestawieniach spotyka się jednak także objawy poważniejsze, jak wstrząs, wymioty, biegunki, zapaść, niedokrwistość aplastyczną, zapalenie nerek ,zaburzenia ze strony serca.

Sposób uniknięcia tych niepożądanych objawów ubocznych, polegający na próbnym wstrzyknięciu anatoksyny w b. małej ilości przed zabiegiem zasadniczym, często zawodzi i zdarza się, że chory zniesie dobrze b. małą dawkę próbną, a po wstrzyknięciu ½ ccm występują objawy groźne. Dlatego rozsądniej jest zaczynać leczenie od ¼ ccm i b. powoli podwyższać dawki, a zaniechać tego sposobu leczenia u astmatyków, u cierpiących na wytrysk lub wykazujących w przeszłości jakiekolwiek obciążenie.

Zapobiegawcze leczenie kiły metalami. (Métalloprévention de la syphilis). C. L e v a d i t i.

Paris Mèdic. 1936, Nr. 10.

Zapobieganie kile przez stosowanie pochodnych rtęci, bizmutu i złota polega na nasyceniu organizmu pewną ilością leków. W przeciwstawieniu do pochodnych arsenu — udaje się to gdyż pochodne ciężkich metali zostają z organizmu powoli wydalone w następstwie tego osiąga się pewnego stopnia impregnowanie tkanek metalami.

Jako wskazówkę ogólną należy przyjąć konieczność lub możliwość zastosowania leczenia zapobiegawczego tylko w przypadkach, w których była niewątpliwa okazja zakażenia. Przypadki narażające się na przypuszczalne zakażenie kiłą nie powinny być leczone zapobiegawczo. Leczenie zapobiegawcze prostytutek ma duże znaczenie społeczne i w tej dziedzinie bywa często stosowane.

Czy należy leczyć kiłę przez całe życie? (Faut-il soigner le syphilitique pendant toute sa vie?) M. P i n a r d.

Paris Mèdic. 1936, NrN. 10.

Kiłę należy leczyć aż do chwili wyleczenia. Wyleczenie w pewnych warunkach ject łatwe i można je szybko, bo w 6 — 12 miesięcy, uzyskać. O ile w tym czasie całkowite wyzdrowienie nie nastąpi, to prawdopodobnie nie nastąpi ono już nigdy i te przypadki skazane są właściwie na leczenie przez całe życie.

Warunki uzyskania szybkiego i całkowitego wyleczenia są następujące: wczesne rozpoczęcie leczenia, jego skuteczność i zastosowanie się chorego do wskazówek lekarza.

Skuteczność leczenia zależy od rodzaju zastosowanego leku: tylko pochodne trójwartościowego arsenu i bizmutu są lekami naprawę skutecznemi. Ponad to leki te muszą być odpowiednio dawkowane. Pierwszym warunkiem odpowiedniego dawkowania arsenobenzenu jest osiągnięcie w 2-ch do 3-ch ostatnich ilości 0.15 g na kg wagi chorego, a ilość całkowita leku, zastosowanego w jednej serii powinna wynosić 0.1 g na kg. Przerwy pomiędzy poszczególnymi seriami wstrzykiwań nie powinny przekraczać 21 dni. Ilość kuracji tak arsenowych, jak i bizmutowych powinna być równa podwójnej ilości potrzebnej do usunięcia objawów kiłowych, a zwłaszcza dodatnich odczynów surowiczych.

Bizmut rozpuszczalny należy wstrzykiwać w ilości odpowiadającej 0.06 — 0.08 bizmutu metalicznego, dwa razy tygodniowo — 20 wstrzykiwań. Przerwy w leczeniu bizmutem również nie powinny przekraczać 21 dni, po pierwszych 2-ch kuracjach — do 30 dni po dalszych. Dla dzieci dawki arsenobenzenu są te same, bizmutu — 0.002 na kg., dwa razy tygodniowo.

Wyleczenie można uzyskać, stosując tylko bizmut lub tylko arsenobenzen. Kuracje naprzemienne można zastąpić mieszanymi.

Decyzja wyleczenia chorego powinna opierać się nie tylko na braku objawów na skórze i śluzówkach i na ujemnych odczynach surowiczych lecz również na skrupulatnym badaniu narządów wewnętrznych, na ujemnym wyniku badania płynu mózgordzeniowego, na braku reaktywacji odczynu Wasserm. sposobem Miliana i na badaniu rodziny leczonego. Chory wyleczony powinien dwa razy w ciągu roku oddawać krew do badania, a po 5-ciu latach poddać się ponownie nakłuciu lędźwiowemu.

Wszystkie przypadki, w których nie dopełniono, choćby jednego z powyższych warunków leczenia należy uważać za przewlekle przebiegające, a tym samym nieuleczone.

O rzadkiej postaci angiodermitis pigmentosa na kończynach dolnych. (Sur une forme clinique rare de l'angiodermite purpurique et pigmentée des membres inférieurs). M. T a v r e.

Le Journal de Mèd. de Lyon. 1936, N 393

Schorzenie opisane przez autora pod nazwą angiodermitis purpurea pigmentosa występuje dosyć często na kończynach dolnych. Polega ono na pojawieniu się pstrego przebarwienia głównie brunatnego na dolnych częściach goleni. Przebarwienia te są następstwami powtarzających się wybroczyn, z których powstałe produkty rozpadu niejako odkładają się w skórze.

Schorzenie to polegające więc na miejscowym krwawieniu ma etjologję zapalną i może wikłać się przez powtarzanie przewlekłych owrzodzeń i zajęcie dużych naczyń głównie żylnych. Zespół ten może być również wstępem do owrzodzeń żylakowatych goleni. Zdarza się jednak często, że długotrwałe te zmiany nigdy nie wrzodzieją.

ZWIĄZEK JODU I LIPOIDÓW ROŚLINNYCH



40%

LIPIODOL

NAJSKUTECZNIEJSZA KURACJA JODOWA
ZUPEŁNY BRAK DZIAŁANIA UBOCZNEGO



KAPSUŁKI

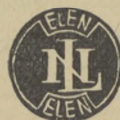
WSKAZANIA:
GOŚCIEC STAWOWY I MIĘŚNIOWY. NEWRALGIA. KIŁA TRZECIORZĘDOWA. MIAŻDŻYCA. STANY LIMFATYCZNE. DYCHAWICA OSKRZELOWA. ROPIEŃ I ZGORZEL PŁUC.



po 1, 2, 3, 5 i 10 cc

AMPUŁKI

DAWKOWANIE:
2 — 5 KAPSUŁEK DZIENNIE
1 — 10 cm/³ DOMIĘŚNIOWO NA DAWKĘ



po 20 cc

FLAKONY

LIPIODOL

Związek jodu i lipoidów roślinnych
40%, 20%, 10% J.
Amp. po 1, 2, 3, 5 i 10 cc. słoiki po 20 cc.

W RENTGENODIAGNOSTYCE

NEUROLOGIA (czaszka, komory mózgowe, kanał kręgowy)
DROGI ODDECHOWE
LARYNGOLOGIA (zatoki, trąbka Eustachiusza, przełyk etc.)
MACICA, JAJOWODY
WRZODY, PRZETOKI
NERKI, PĘCHERZ, MOCZOWODY
DROGI ŁZOWE (lipiodol 20%)



Do zdjęć komór mózg. tylko Lipiodol 10%

L. NASIEROWSKI
Warszawa, Kaliska 9

Z wielu przyczyn należy przede wszystkim wymienić kiłę, która w tych przypadkach działa pośrednio wywołując zmiany w ścianach naczyń. Schorzenie jest wybitnie przewlekłe, rozwija się podstępnie w postaci pojedyńczych ograniczonych ognisk. Oprócz szczegółowych badań histologicznych podaje autor opis przypadku, w którym schorzenie rozwjnęło się niezwykle ostro, zajmując duże powierzchnie skóry, a towarzyszyła mu wybitna bolesność. W procesie zapalnym w tym przypadku duży udział brała tkanka podskórna. Był to przypadek czynnej kiły, a leczenie swoiste dało szybki i dobry wynik.

Autor zwraca uwagę na częstą, dość znaczną bolesność tych zmian w przypadkach przebiegających bardziej ostro lub podczas silnych wybuchów w przypadkach przewlekłych.

Żołądek a schorzenia skóry. (Estomac et dermatoses). J. Gaté, H. Thiers, R. Chevallier, P. J. Michel.

Le Journal de Mèd. de Lyon. 1936 Nr. 393.

Nowy sposób badania żołądka, jakim jest gastroskopia daje wyniki bardzo ciekawe i pozwala na rozpatrywanie w całkiem nowym oświetleniu od dawna znanego problemu, związku pomiędzy schorzeniami skórnemi, a żołądkiem.

W szeregu przypadków skóra i żołądek wykazują równocześnie zmiany bardzo podobne albo analogiczne. Znane są powszechnie przypadki schorzeń żołądka, którym towarzyszy obecność pleśniawek w jamie ustnej. Ten zespół opisywany bywa pod nazwą gastritis aphtoides. Przy pomocy gastroskopii spostrzegano, zbliżone wyglądem do pleśniawek, zmiany na błonie śluzowej żołądka. W przypadkach wybroczynowych osutek znajduje się rozsiane lub skupione wybroczyny na śluzówce żołądka. W przypadkach pokrzywki stwierdza się obrzęki śluzówki żołądka o różnym nasileniu, prowadzące nieraz do niedrożności odźwiernika na skutek obrzęku w tej okolicy. U osobników uczulonych na pewne pokarmy udaje się często te zmiany na śluzówce żołądka wywołać przez podanie szkodliwego pokarmu.

Żołądki osobników cierpiących na wyprysk wykazują w 50% przypadków zmiany na śluzówce mniej lub więcej charakterystyczne przy zupełnym braku obiawów klinicznych i przy ujemnym wyniku badania radiologicznego. Przy pomocy gastroskopii wykazuje się najczęściej w tych przypadkach zaczerwienienie śluzówki, obrzęk, pęcherzyki, pęknięcia, złuszczenie, ubytki. W drugiej grupie przypadków należy umieścić te, w których spotyka się przerostowe lub zanikowe zmiany śluzówki żołądka. Rozmaitość tych zmian wskazuje na różnego stopnia stan zapalny śluzówki. Te procesy zapalne mogą być już to ostre i dosyć rozległe, jak to bywa najczęściej w przypadkach wyprysku, już to bardziej przewlekłe zanikowe, umiejscowione głównie w dnie żołądka, a prowadzące do bezsoczności. Najwybitniejsze zmiany na śluzówce żołądka spotyka się w przypadkach wytrysku łojotokowego uogólnionego (eczematides, eczema intertriginosum general), a zwłaszcza w przypadkach, wykazujących skłonność do ogólnego zapalenia skóry. Nie rzadko u takich ekzematyków rozpoznaje się przewlekle przebiegający wrzód żołądka.

W przypadkach przewlekłego świądu sromu odbytu, w których dochodzi do znacznego stopnia zliszajowacenia skóry, bardzo opornych na leczenie, a dających niekiedy niespodziewane remisje stwierdza się często zanikowy śluzówki żołądka z równoczesną bezsocznością. Tym zmianom tak jak i wszystkim innym, przebiegającym z zanikiem śluzówki żołądka towarzyszy często pewien charakterystyczny zespół w obrazie krwi: a mianowicie — brak eozynofilów, nieznaczna eimfocytoza i niedobarwliwość krwinek przy ich dostatecznej ilości. Ten obraz krwi przypomina poronną postać chlorozy czyli hypochroniczną anemię z bezsocznością autorów współczesnych. To zjawisko było dla Chevalliera punktem wyjścia do zastosowania leczenia żelazem. Lek ten powinien być podany w odpowiedniej ilości: na pierwszą dawkę 2 gramy, następnie stopniowo do 6 gramów dziennie. Żelazo można podać w każdej postaci, jednorazowo po 1 g podczas jedzenia. Wynik leczniczy powinien być szybki i pojawić się w ciągu kilku dni. Jeżeli dobrego wyniku nie będzie, leczenia tego nie należy przedłużać, gdyż dłuższe poddawanie będzie również bezskuteczne, a co gorsza szkodliwe.

Dwa przypadki świądu odbytu ze znacznym zliszajowaceniem, spostrzegane przez autorów, wyleczono tym sposobem.

W przypadkach alergicznych gastropatii (przebiegających z obrzękiem sluzówki żołądka) stosowano odczulające leczenie podskórnymi wstrzykiwaniami ultra-filtratu treści żołądkowej osobników uczulonych na pewne pokarmy. Ten sposób leczenia również niekiedy wpływa dodatnio i na schorzenia żołądka i na schorzenia skórne..

Wyprysk (Nature de l'eczéma) G. Milian.

Revne Fr. de Dermat. et de Vénér. 1936, Nr 7 — 8.

Pierwszym objawem wyprysku jest swędzenie; jest to obiaw stały, czynnościowy, schorzenie atakuje za tym przede wszystkim układ nerwowy. Drugim obiawem wyprysku jest wykwit na skórze: pęcherzyk — bez pęcherzyka nie ma wyprysku. Pęcherzyk powstaje, jak wykazują badania histologiczne, na skutek rozszerzenia naczyń włosowatych brodawki skóry. To rozszerzenie wywołuje rumień na skórze, lecz nie jest to bolesny rumień zapalny, rumień ten jest pochodzenia nerwowego: swędzi. Jest to druga wskazówka świadcząca o zajęciu w pierwszym rzędzie układu nerwowego.

Niewątpliwie nie mamy do czynienia z uszkodzeniem nerwów czuciowych, gdyż np. schorzenie tak wyłącznie atakujące układ czuciowy, jakim jest wiąd rdzenia, nigdy nie wywołuje swędzenia. W przypadkach wyprysku dotknięte są włókna układu sympatycznego. Uszkodzenie to rozpoznajemy po swędzeniu.

Umiejscowienie wyprysku może być rozmaite: zajęte mogą być pewne okolice skóry np. głowa i górna część tułowia i kończyny górne. W takich przypadkach przypuszczać należy, że mamy do czynienia z uszkodzeniem ośrodkowego układu sympatycznego. Chodzi mianowicie o porażenie włókien naczyniowo - ruchowych (centre bulbo - medull.). Analogiczny zespół zachodzi w poarsenobenzenowych zapaleniach skóry, gdyż, jak wiadomo arsenobenzen jest jadem układu sympatycznego. Wyprysk uogólniony może być skutkiem rozszerzenia się ośrodkowych zmian w układzie sympatycznym. Tak zwana eczema fixe jest na-

stępstwem miejscowego uszkodzenia nerwów naczynio - ruchowych jakimś czynnikiem zewnętrznym.

Przyczyny wywołujące wyprysk są albo bakteryjne, z tych najczęstszą jest gruźlica, kiła lub paciorkowce, albo chemiczne zwłaszcza u usposobionych przez długotrwałe stykanie się z czynnikiem szkodliwym, albo wreszcie fizyczne, jak urazy spowodowane nieodpowiednią odzieżą (klamerki, paski), świetlne i termiczne (zimno).

Wyprysk umiejscowiony może się uogólnić przez kontakt, przez krwiobieg i wtenczas wykazuje dwie fazy rozwoju. Czynniki działające szkodliwie mogą się sumować, tak np. do chemicznego czynnika dołączają się mikrobowe.

Świerzbiączka ostra (Le prurigo simplex aigu) G. Garnier.

Revue Fr. de Dermat. et de Vénér. 1936, Nr 9 — 10.

Świerzbiączka ostra występuje u osobników dorosłych i to tylko w pewnych porach roku. Wprawdzie wykwit tego schorzenia jest bardzo podobny pod względem klinicznym i histologicznym do guzka świerzbiączkowego w przypadkach strophulus lub świerzbiączki typu Hebry, to jednak jego przebieg kliniczny jest całkiem różny.

Początek jest nagły z umiejscowieniem na kończynach górnych i górnej części tułowia, z podniesieniem ciepłoty. Schorzenie poprzedza uczucie osłabienia, ból głowy, ból gardła, biegunka, wymioty... (autor podaje opis 4-ch takich przypadków). Schorzenie nie jest napadowe, wybuch jest zwykle tylko jeden, lecz trzymający dosyć długo.

Leczenie tego schorzenia polega na stosowaniu bardzo łagodnych środków: kąpiele krochmalne i obojętne papki. Przebieg tego schorzenia jest zawsze dobrotliwy.

Dermatosis pigmentosa peribuccalis a barwikowe zmiany kiłowe (Sur les relations entre la syphilide pigmentaire et la dermatose pigmentée péribuccale). L. C. Waintraub.

Revne Franç. de Dermat. et de Vénér. 1936, Nr 9 — 16.

Opisane dwa przypadki wykazują, że przebarwienia spotykane na twarzy w otoczeniu usta a więc na brodzie, nad górną wargą i częściowo na policzkach, zmiany opisywane niekiedy jako łojotokowe, mogą być zmianami kiłowymi i ustępują pod wpływem leczenia swoistego.

W 1-szym przypadku u 20-letniego mężczyzny oprócz wymienionych brunatnych plam w otoczeniu ust istniały niewątpliwie kiłowe wykwity na tułowiu, wyłysienie swoiste, zmiany w gruczołach chłonnych i silnie dodatnie odczyny surowicze. Pod wpływem leczenia swoistego wraz z wszystkimi obiawami ustąpiło całkowicie również przebarwienie na twarzy.

Przyp. 2-gi dotyczył 33-letniej kobiety, u której po raz pierwszy wystąpiły brunatne plamy w otoczeniu ust podczas ciąży, a utrzymywały się przez kilkanaście miesięcy. Po 10-ciu latach pojawiły się podobne zmiany, lecz równocześnie wystąpiła na szyi charakterystyczna kiłowa siatka barwikowa, zmiany w gruczołach chłonnych szyjnych, wygładzenia języka, bóle głowy, ogólne osłabienie. Odczyn surowiczy krwi ujemny, chora przeszła 6 poronień samoistnych. Po 4-ch tygodniach leczenia przeciwkiłowego nastąpiła poprawa stanu ogólnego a wraz z innymi obiawami cofały się także i przebarwienia na twarzy.

Przejrzawszy szereg podobnych przypadków, opisanych w literaturze, autor twierdzi, że przebarwienia w otoczeniu ust mogą wystąpić zarówno w okresie II jak i III kiły, a także w przypadkach kiły bezobiawowej lub t. zw. skąpej w obiawy.

Rumień guzowaty. (Erythème noueux. Syndrome de reaction de défense par sensibilisation) prof. H. Gougerot.

Revue Fr. de Dermat. et de Vénér. 1936, Nr 9 — 10.

Rumień guzowaty jest schorzeniem występującym ostro lub podostro w postaci rumieniowych guzów, okrągłych i owalnych, nacieczonych, zajujących całą grubość skóry i tkankę podskórną, wyniosłych, dochodzących wielkości małego jaja. Wykwity te zajmują kończyny dolne, głównie podudzia, sa powodem bólów nie tyle samoistnych, co pod wpływem dotyku. Wykwitom towarzyszą bóle reumatyczne stawów i kości. Schorzenie dochodzi do szczytu swego nasilenia po 12 — 15 dniach trwania, po czym ustępuje lub zjawiają się wybuchy świeżych wykwitów tak, że czas trwania tego schorzenia może się przeciągnąć do 6 tygodni. Pojawienie się wykwitów może poprzedzać zakażenie ogólne, jak angina, grypa lub zatrucie. Pod względem klinicznym rumień guzowaty przypomina rumień wielopostaciowy wysiękowy i bywa też przez niektórych uważany za odmianę tego ostatniego.

Zapatrywania, dotyczące etiologii tego schorzenia są dosyć rozmaite. Długi szereg zakażeń, z którymi łączą rumień guzowaty, podzielić można na 3 grupy: zakażenia banalne, kiłowe i mikrobami mało jeszcze znanymi a podobno dla rumienia guzowatego swoistymi. Szereg autorów uważa rumień guzowaty za tuberkulidy lub nawet za rzeczywistą gruźlicę skóry, inni łączą to schorzenie z zatruciem (brom, jod, surowica obca, zatrucia z jelit, samozatrucia). Najwięcej zebrano dowodów gruźliczego pochodzenia rumienia guzowatego a mianowicie: łączne występowanie r. g. z wilkiem i innymi postaciami gruźlicy, ciężkie ogólne zakażenia gruźlicze występującej po r. g. gruźlicze obciążenia osobiste i rodzinne, prawie zawsze dodatnia próba tuberkulinowa, możliwość wywołania wykwitu guzowatego przez śródskórne, głębokie wstrzyknięcie rozcieńczonej tuberkuliny, dobre wyniki lecznicze po tuberkulinie i długi jeszcze szereg dowodów zaczerpniętych z doświadczeń nad przeszczepianiem krwi i tkanki świnkom morskim.

Patogeneza tego schorzenia polega, zdaniem autora na odczynie obronnym uczulonego organizmu, jest więc oparta na zjawisku zbliżonym do alergii. Dostatecznym na to dowodem jest według autora fakt wywołania wykwitu przez wstrzyknięcie doskórne tuberkuliny w sąsiedztwo istniejącego już wykwitu u osobnika dotkniętego tym schorzeniem (w strefę uczuloną). Dalszym dowodem alergicznego mechanizmu w powstawaniu r. g. jest analogia pomiędzy pokrewnym rumieniem wielopostaciowym a rumieniami posurowiczymi anafilaktycznymi; w obu tych przypadkach zjawiają się bóle stawowe, podniesienia ciepłoty, le-

ukocytoza, eozynofilia, białkomocz i stanowią t. zw. fazę przygotowawczą, trwającą około 7-miu dni. Stan alergiczny ustroju jest następstwem około 7-mio dniowego okresu rozpadania się bakterii i uwalniania ciał o własnościach antygenów. Z powyższego wynika, że bakteryj we krwi należy szukać bardzo wcześnie. Ten mechanizm powstawania wykwitów uogólnić można na wszystkie rumienie. Dowodem uczuleniowej patogenezy rumienia guzowatego są ponad to: a) identyczność wykwitów bez względu na ich etiologię, tak kiłowych, jak i gruźliczych lub innych, b) postacie przejściowe zbliżone do rumienia wielopostaciowego, c) identyczny zawsze obraz drobnowidowy, d) biologiczne — śródskórne z rozpuszczonymi toksynami, zabitymi hodowlami lub obcymi białkami.

Rumień stwardniały B a z i n a jest schorzeniem tego samego typu a różni się tylko głębokością i rozmiarem. Można ułożyć długi szereg postaci klinicznych; czysto rumieniową, rumieniowo - grudkową, guzkową, guzowatą, wszystkie one są wyrazem obronnym uczulonego organizmu, rokującym pomyślnie. Rokowanie jest tym lepsze, im liczniejsze i większe są odczyny na skórze. Autor poleca w takich przypadkach leczenie szczepionkami swoistymi lub nieswoistymi, ewentualnie obcymi białkami (surowica, autohemoterapia).

Kilaki mózgu — patogeneza kiły układu nerwowego. Les gommes syphilitiques du cerveau et la pathogénie de la neuro - syphilis). A. S é z a r y, P. A u r é p y.

Paris Médic. 1936, Nr 10.

Pierwotne kilaki mózgu są prawie nieznane. Wszystkie wielkie zestawienia neurologów - operatorów wykazują około 1 — 3% kilaków wewnątrz - czaszkowych z pośród operowanych guzów mózgu. Dokładny przegląd tego małego odsetka wykazuje, że zawsze pierwotną siedzibą kilaka były opony (kiła ma powinowactwo do tkanek obficie unaczynionych) lub ściany naczyń a tkanka mózgowa uległa schorzeniu wtórnie, wciągnięta w proces chorobowy przez powiększający się kilak.

Szereg badań pomocniczych w rozpoznawaniu kilaków mózgu okazuje się po pewnym zastanowieniu bez wartości: objawy kliniczne są takie same, jak w przypadku jakiegokolwiek innego guza mózgu, obecność pewnej kiły u chorego nie dowodzi kiłowej natury guza, płyn mózgowo - rdzeniowy często wykazuje nie wielkie odchylenia od stanu prawidłowego a jeżeli zdamy sobie sprawę z tego, jak wielkie zmiany w płynie towarzyszą rozsianym miąższowym schorzeniom układu nerwowego ośrodkowego i z tego, że i w przypadkach niekiłowych guzów mózgu płyn m.-rdz. może być podobnie zmieniony i może nawet być dodatni odczyn Wassermanna — to przyjdziemy do przekonania, że badanie płynu m.-rdz. nie jest miarodajne w rozpoznawaniu kilaków mózgu i że lepiej badania tego nie wykonywać zwłaszcza, że naraża to chorego. Poprawa obiawów subiektywnych po leczeniu pochodnymi arsenu, bizmutu i rtęci również nie przemawia za kiłową naturą guza. Leczenie to daje dobre wyniki także i w przypadkach innych guzów, z drugiej zaś strony kilaki mózgu mało są dostępne działaniu leków przeciwkiłowych i może się zdarzyć, że leki te zawiodą w istotnej kile mózgu. Pewne rozpoznanie kilaka mózgu można postawić po otwarciu jamy czaszki i stwierdzeniu charakterystycznych zmian pod drobnowidzem.

Dla patologii ogólnej kiły mózgu spostrzeżenia nad kilakami mózgu mają duże znaczenie. Aby zrozumieć, dlaczego kilaki mózgu są tak wielką rzadkością wobec nader częstych rozsianych zmian kiłowych jakimi są schorzenia paraluetyczne, należy sobie uprzytomnić, że tkanka mózgowa jest tkanką nie podatną dla zakażenia krętkiem bladym. Nie znaczy to, aby posiadała ona, jakieś właściwości krętkobójcze, gdyż zwierzęta, zakażone kiłą śródczaszkowo, na kiłę zapadają i wykazują kiłowe zmiany w innych organach, nieraz od miejsca wszczepienia znacznie odległych. Mózg posiada wyraźną odporność w stosunku do krętka bladego, odporność, która nie chroni go od schorzenia, tylko to schorzenie odwleka. Krętki żywe mogą przetrwać wśród tkanki mózgowej bardzo długi okres czasu, z czasem przystosowują się do tego środowiska i zaczynają się mnożyć. Znając biologiczne właściwości tkanki nerwowej, która nie bierze wcale udziału w procesach odpornościowych organizmu, prowadzących do niszczenia krętków ani w późniejszych alergicznych, których następstwem jest powstawanie kilaków, zrozumiemy, dlaczego proces kiłowy w tkance mózgowej przebiega całkiem odmiennie, a mianowicie jako rozsiane zmiany zapalne (paral. progress.) a nie ograniczone, naciekowe ze swoistą nekrozą (jak kilaki).

Owrzodzenia kiłowe szyjki macicznej i pochwy u prostytutek. (De la fréquence des chancres syphilitiques du col et des parois vaginales chez les prostitutées) P. J o u l i a.

Paris Médic. 1936, Nr 10.

Powszechne, lecz nie słuszne, jest mniemanie, że pierwotny wykwit kiłowy nader rzadko sadowi się na wewnętrznych narządach rodnych kobiety. Wszystkie prawie zestawienia wykazują znaczny odsetek wykwitów pierwszorzędnej kiły na szyjce macicznej lub na ścianie pochwy, a za tym, jak niegdyś mniemano, kwaśny odczyn środowiska nie działa hamująco na rozwój krętków bladych.

Wrzód twardy szyjki macicznej występuje najczęściej pod postacią bardzo twardej nadżerki, której rozpoznanie jest łatwe wtenczas, gdy jest ona oddzielona rąbkiem prawidłowej śluzówki od ujścia zewnętrznego szyjki. W przeciwnym razie rozpoznanie nastręcza trudności, gdyż wykwit naśladuje banalne zmiany nieżytowe lub zmiany nowotworowe. Badanie wydzieliny z nadżerki na obecność krętków jest zawsze konieczne. Rzadszymi postaciami wykwitu pierwotnego są przerostowa (naciekowa) lub wrzodziejąca. Wrzód twardy pochwy bywa niekiedy mnogi, poza tym nie różni się od wykwitu typowego. Rozpoznanie utrudnia zwykle brak wcześnie zajętych charakterystycznych gruczołów chłonnych w pachwinach.

Dziesięć lat przeciwrzeżączkowego leczenia chemicznego. (Dix annés de chimiothérapie antigonococcique) H. J a u s i o n.

Paris Médic. 1936, Nr 10.

Wychodząc z założenia, że rzężączkę jako schorzenie ogólne należy leczyć nie miejscowo, lecz ogólnie, autor stosował we wszystkich przypadkach rzeżączki, bez względu na płeć, wiek, czas

trwania zakażenia, umiejscowienie i powikłania dożylne, wstrzykiwania 5 cm^3 2% roztworu gonakryny, co 28-gi dzień aż do całkowitego wyleczenia. Tym sposobem leczono około 8000 przypadków. Przeciętnie ze 100 chorych — 10-ciu wyleczono po 10-ciu wstrzykiwaniach, 70-ciu po 15 — 25-ciu wstrzykiwaniach, w 20-tu przypadkach liczba wstrzykiwań była większa, dochodziła 25 — 60ciu.

Leki pomocnicze, stosowane podczas leczenia gonakryną były: 1) natrium cacodyl. w celu ogólnego wzmocnienia sił organizmu 2) pilokarpina (0.005) celem pobudzenia gruczołów cewkowych i przycewkowych do wydzielania, 3) wyciągi z jąder, adrenalina lub thyroksyna w przypadkach chwiejności układu neuro - wegetatywnego, 4) ałun chromu łącznie z gonakryną dla uwrażliwienia organizmu na barwik, 5) błękit metylenowy z pirydyną lub bez i 6) błękit H o f m a n n a w tym samym celu (uczulenie na gonakrynę), 7) salicylan pirydyny, 8) urotropina lub septicemina 9) thorium X (środki radio - czynne) 10) szczepionki w przypadkach zajęcia najądrzy lub przydatków macicy. Z powyższego sposobu leczenia wyłączano tylko tych chorych, u których poziom mocznika w krwi był podniesiony. Powyższy sposób leczenia zapewnia choremu z całą pewnością brak wtórnych, dodatkowych zakażeń innymi mikrobami i brak powikłań ze strony sąsiadujących organów (orchi - epididymitis).

Kontrola wyleczenia polegała na badaniach bakteriologicznych, wiązania dopełniacza i na badaniu dokładnie (1 godzina) odwirowanego moczu, zebranego z nocy.

W chwili obecnej autor stosuje leczenie podobne przy pomocy środka, który okazał się najskuteczniejszym z grupy akrydynowych (metanosulfonian dwuamino - akrydyny), po którym spodziewa się wyników jeszcze lepszych (szybszych).

Kiła wrodzona utajona i związane z nią niebezpieczeństwo dla małżonka i potomstwa. (Hérédité occulte, ses dangers dans le mariage et pour la descendance). G. M i l i a n.

Paris, Médic. 1936, Nr 10.

Opisany przypadek dotyczy syna osobnika, cierpiącego na porażenie postępujące. W tym drugim pokoleniu kiła obiawiła się tylko nielicznymi znamionami dystroficznymi (nadżerki szkliwa, rowki poprzeczne paznogci) poza tym tak odczyny surowicze całkowicie ujemne, jak i badania kliniczne nie wykazały obiawów swoistych. Osobnik ten zakaził jednak kiłą żonę. Kiła u jego żony przebiegała również bezobiawowo. Z małżeństwa tego urodził się przedwcześnie zmacerowany płód kiłowy.

Z. Jastrzębska.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Galwanokaustyczne leczenie gruźlicy krtani na południu Krymu. (Du traitement galvano-caustique de la tuberculose laryngée au sud de la Crimée). J. B a r e i s c h n i k o f f.

Les annales d'oto-laryng. 1936 Nr. 8.

Autor rozróżnia w leczeniu gruźlicy krtani cztery typy: 1) usunięcie chirurgiczne ogniska włącznie do wyłuszczenia krtani. 2) Działanie na warunki immuno - biologiczne (energia promienista, metoda M a n n e n s t i e l a, tuberkulina). 3) Kombinacja czynników 1. i 2.: elektroliza, diathermo - koagulacja, galwanokaustyka, środki żrące chemiczne i 4) unieruchomienie krtani i sąsiedztwa (tracheotomia, gastrostomia, resekcja nerwu krtaniowego górnego lub wstrzyknięcie doń alkoholu). Wreszcie uznaje autor także wagę 5) zarządzeń zapobiegawczych u chorych na gruźlicę pozakrtaniową i to zarządze zarówno miejscowych, jak higiena dróg oddechowych, insuflacje, inhalacje dokrtaniowe różnego rodzaju, jak też ogólnych, służących do wzmocnienia odporności organizmu. Czynniki 4. i 5. są tak ważne, że np. R u e d i zastosował leczenie miejscowe na 2800 przypadków gruźlicy krtani zaledwie w 575 przypadkach; W i r t h i T e g t m e y e r uzyskują 75% wyleczeń, stosując wyłącznie odmę sztuczną.

Historia galwanokaustyki jest już dość stara. W r. 1854 stosował ją M i d d e n d o r f, w r. 1871 V o l t o l i n i, lecz pierwsze wyniki osiągnął dopiero H e r y n g (Warszawa) w r. 1876. Dalsze jej stosowanie łączy się z nazwiskami S c h a f f e r a, M e r m o d a, G r ü n w a l d a, L i e b e n m a n n a, P i e n i ą ż k a, B l u m e n f e l d a; stosuje ją nawet S t r a n d b e r g, propagator leczenia słońcem. W. J o s t podaje 23% wyleczeń drogą galwanokaustyki. Autor rozporządza dużym doświadczeniem jako klimatoterapeuta i lekarz sanatoryjny na Krymie. Stosowanie galwanokaustyki według niego wymaga licznych zastrzeżeń. Autor dochodzi — cytując szereg historii chorób jako poparcie swych tez — do następujących wniosków:

1) Skuteczność galwanokaustyki (g. k.) w gruźlicy krtani (gr. krt.), zależy bezpośrednio od stanu immuno - biologicznego ogólnego, jakoteż miejscowego. Ten ostatni wpływać może sam przez się na „korzystną dynamikę" procesu miejscowego.

2) G. k. daje lepsze wyniki w warunkach sanatoryjnych właśnie z przyczyn wymienionych pod 1).

3) Wspomnianej „dynamiki" nie są w stanie wyczerpująco określić ani metody badania kliniczne, ani pracowniane. Dlatego też stosowanie g. k. musi być poprzedzone dłuższą obserwacją sanatoryjną.

4) W wypadkach wątpliwych dobrze jest stosować kwas mlekowy skoncentrowany, kombinacje mentolu z kamforą i fenolem, jakoteż kwas trójchlorooctowy w sensie metody prowokacyjnej.

5) Rentgenografia, okazując impregnacje wapniowe krtani, przyczyniać się ma do określenia rokowania.

6) G. k. daje lepsze wyniki w procesach (naciekach i owrzodzeniach) powierzchownych i ograniczonych, lecz i tutaj nie należy zapominać o możliwości zaostrzeń zarówno miejscowych, jak i ogólnych.

7) W przypadkach o miernej progresji korzystne jest łączenie kwasu mlekowego i galwanokaustyki.

8) Stosowanie g. k. nie wyklucza równoczesnej miejscowej farmakoterapii.

9) Przy rozległych naciekach zasługuje na pierwszeństwo g. k. powierzchowna, miernie intensywna.

10) W leczeniu klimatyczno - sanatoryjnym na południu Krymu spostrzega się nie rzadko sa-

moistne wyleczenie procesów gruźliczych krtani nie okazujących tendencji do szybkiego a priori rozwoju.

11) W gruźlicy postępującej płucno - krtaniowej g. k. nie ma żadnego znaczenia dla zwalczania dysfagii.

Rhinoedema medicamentosum. (Le rhinoedeme medicamenteux). E. E r c a t.

Revne de Laryngologie 1936 Nr. 5.

Autor określa powyższym mianem zespół zmian bezgorączkowych nieżytowych, wywołanych na śluzówce nosa stosowaniem przewłocznym leków miejscowych na tejże śluzówce. Do środków wchodzących tu w rachubę zalicza autor środki antyseptyczne, chemiczne i roślinne, przetwory oparte na surowicach i szczepionkach i przetwory naczynioruchowe, jak adrenalina, efedryna. Źródłem nadużywania tych środków jest nadmierna ofensywność świata lekarskiego w odniesieniu do tych śluzówek właśnie wskutek wielkiej roli ich w czynności oddechowej i w patogenezie zakażeń niżej położonych dróg oddechowych i dróg usznych (trąbki i jamy bębenkowej). Polypragmazja lecznicza przeoczyła przy tym, że wśród tych zabiegów ginie właśnie samoobronne działanie śluzówki, nie będącej śluzówką banalną, lecz przedstawiającą wielostronną sferę czuciową i współczulnie - odruchową, i że wspomniana polypragmazja prowadzi do zniszczenia tych czynności. Drugim współwinnym tej jednostki chorobowej jest omijający lekarza i trafiający wprost do publiczności przemysł farmaceutyczny, zachwalający masowo specyfiki miejscowe nosowe, jako niezawodne środki lecznicze. Nie bez winy jest także lekarz - praktyk i legion doradców - laików, który autor nazywa „un personel paramédical". Objawami tej arteficialnej choroby jest długotrwała niedrożność nosowa i obrzmienie śluzówki, a punktem wyjścia jest zazwyczaj wrodzone zwrężenie dróg nosowych na tle zboczenia przegrody, katar przerostowy, rhinitis vasomotoris, niekiedy zwykły ostry nieżyt i t. p Rozpoznanie łatwo postawić, gdy tylko myśli się o takiej etiologii. Dotknięty wylicza całą litanię stosowanych środków, które „nie pomagają". Pierwszym warunkiem racjonalnej porady jest odstawienie tych środków. Poza tym trzeba uwzględnić podstawowe cierpienie nosa, będące pierwotnym źródłem dolegliwości. Zasadniczym warunkiem jest zbadanie przez specjalistę.

Rentgenoterapia przewłocznego ropnego zapalenia ucha środkowego. (La roentgenothérapie des otites chroniques purulentes). Z. G. R a b i n o w i t c h.

j. w. Nr. 6.

Przewłoczne ropne zapalenie ucha środkowego nastręcza w leczeniu dużo trudności. Składają się na to: topografia ucha środkowego, zjadliwość bakterii, stan gardła i nosa, warunki ustrojowe ogólne i miejscowe, odporność całego organizmu i dotkniętego narządu. Również leczenie operacyjne, — tam, gdzie wchodzi w rachubę — nie pod każdym względem może zadowolić. Otiatria znajduje się tedy w poszukiwaniu coraz nowych metod w leczeniu tego cierpienia. Wród metod, które czerpią swoje znaczenie w usprawnieniu odczynu tkankowego, zajęła swoje miejsce i rentgenoterapia. Najróżniejsze są poglądy na dynamikę działania tej metody. Autor, omawia je po kolei. Brak szczegółowej pracy klinicznej, dotyczącej wyników osiągalnych tą metodą w przewłocznych ropnych zapaleniach ucha środkowego skłonił autora do podjęcia takiej pracy. Autor poddał leczeniu tą metodą w ciągu 2 i ½ lat 370 przypadków. Z tych wyłączył 90, z powodu nie dostatecznej obserwacji. Na podstawie pozostałych 280, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Rentgenoterapia (R. t.) w omawianym cierpieniu daje pozytywne wyniki i zasługuje na szerokie stosowanie. 2) R. t. nie daje powikłań — jak zapalenie skóry, — czyraki, — spostrzeganych przy stosowaniu innych miejscowych środków. 3) Jako nowa metoda wymaga r. t. jeszcze dokładnych badań krytycznych. 4) Prawdopodobnie zaliczyć należy R. t. do grupy czynników drażnikowych (Reiztherapie), pobudzających do tworzenia tkanki łącznej wokoło ogniska zapalnego. 5) W 18%-tach wypadków, spostrzeganych R. t. powstrzymała ropienie, przyśpieszyła epidermizację i proces bliznowacenia; w 20%-ach przypadków wstrzymała rozwój choroby, posuwanie się procesu próchnienia kości i rozprzestrzenianie się ziarniny. 6) R. t. wywiera korzystny wpływ na procesy dystroficzne dotkniętych okolic. 7) Wskazanie do stosowania R. t-ii dają: 1) wszystkie cierpienia uszne, wymagające leczenia zachowawczego, 2) przypadki, w których doszczętna operacja ze względów technicznych była niemożliwa (np. obawa uszkodzenia błędnika), 3) procesy próchnienia kości, gdy wyczekujące postępowanie jest dopuszczalne i 4) wolno gojące się rany i przetoki pooperacyjne.

Przyczynek do obrazu klinicznego złamań i zwichnięć chrząstek krtaniowych. (Contribution au tableau clinique des fractures et des luxations des cartilages laryngées). A. L a s k i e w i c z.

j. w. Nr. 7.

Autor, nawiązując do trzech własnych przypadków, opisanych w pracy, poddaje gruntownej analizie zagadnienie kliniczne tytułowego tematu. Na wstępie omawia mechanizm złamań chrząstek krtaniowych w świetle kazuistyki, eksperymentu na zwłokach, anatomii patologicznej i prawidłowej. Wynikają stąd wnioski co do miejsc, szczególnie na uszkodzenia te narażonych. Są nimi np. miejsca przechodzenia chrząstki w punkty kostnienia i w tkankę łączną (więzadła), podczas gdy miejsca o jednostajnym utkaniu chrząstki są mniej często dotknięte. Również i wiek dojrzały bardziej jest narażony zaś mniej — wiek młody, z powodu większej elastyczności chrząstki, jak niemniej bardzo późny z powodu zwyrodnienia włóknistej chrząstki. Symptomy kliniczne są następujące: chrypka aż do afonii, duszność aż do sinicy, utrata przytomności — niekiedy dość długo trwająca — w chwili urazu. W tym okresie może nastąpić zejście śmiertelne. Może ono być także następstwem „szoku krtaniowego", jako odruchu n. błędnego. Gdy przytomność wraca, zjawia się ból, zwłaszcza przy połykaniu. Po tym występują nabrzmienia w okolicy krtani z objawami zwężenia krtani, często odma podskórna (emphysema subcutaneum) i podśluzowa, jako objawy złamań powikłanych. Kontury krtani przypłaszczają się zarówno z powodu obrzęku, jak i zpowodu zgruchotania szkieletu krtani. Niekiedy występuje krepitacja. Ważne wskazówki daje rentgen i laryngoskopia. Nowe zespoły objawo-

wc daje krwawienie lub posuwanie się procesu do śródpiersia (mediastinitis), odczyn zapalny chrząstek (perichondritis), ropowica kołokrtaniowa, posocznica. Osobno omawia autor zwichnięcia. Symptomatologia jest tu różna, zależnie od tego, czy zwichnięciu ulega całe rusztowanie krtani, czy też poszczególne części. Najrzadziej występuje zwichnięcie pierścieniowo - tchawiczne. Czynniki wywołujące są podobne jak w złamaniach. Zarówno zwichnięcia, jak złamania najrzadziej dotyczą kości gnykowej, jako stosunkowo najbardziej chronione. Izolowane zwichnięcia poszczególnych chrząstek opisane są na tle perichondritis w przebiegu chorób zakaźnych. W leczeniu złamań i zwichnięć omawianych wysuwa się na pierwszy plan tracheotomia dla wskazania życiowego, a w przypadkach powikłanych laryngofissura z usunięciem większych odłamków; mniejszych przyszywać nie należy; powoduje to bowiem uporczywe przetoki. Ropowice na szyi wymagają szerokiego nacięcia, aż po śródpiersie. Poza tym leczenie objawowe.

A. Schwarzbart (Kraków).

FYTOTERAPIA.

Zarys ziołolecznictwa. (Précis de phytothérapie. Essais de thérapeutique par les plantes françaises). Henri Leclerc.

3 Ed. Paris (Masson), 1935. Str. XV — 308.

W trzecim — zwiększonym i przejrzanym — wydaniu zostały ogłoszone ciekawe studia nad ziołolecznictwem znakomitego francuskiego badacza prof. dra Leclerca, ogłaszane przez niego — w swoim czasie — w miarę ich opracowywania w La Presse Médicale.

Omówione jest tu dość szczegółowo działanie lecznicze 292 roślin, w znacznej swej większości popularnych dotychczas jedynie wśród ludu i — „medyków tybetańskich"; zebrane zostały skrzętnie te formy lecznicze, które były już stosowane przez medycynę urzędową, lecz ustąpiły z placu pod gwałtownym naciskiem środków syntetyczno - chemicznych.

Celowy i ciekawy jest układ tej książki: opisywane rośliny są ułożone nie w porządku alfabetycznym nic nie mówiącym czytelnikowi (jak większość podobnych monografii), lub według systemu botanicznego, lecz grupami — zależnie od ich leczniczego działania. Zgrupowano więc w XVII rozdziałach oddzielnie zioła czyszczące, wymiotne, czerwiogubne, moczopędne, napotne, przeciwpotne, skrzepiające, goryczki, pobudzające, przeciwskurczowe, namiesięczne (Emmenagoga), wyksztuśne, uspokajające i środki sercowo - naczyniowe.

Dobór ziół w każdym z tych działów jest znaczny i bardzo krytyczny, wydaje mi się więc właściwym podać całkowity wykaz roślin leczniczych, opracowanych przez Leclerca w poszczególnych rozdziałach.

Jako środki czyszczące podaje on:

Rhamnus frangula L. = Frangula alnus: Kruszyna pospolita,
Rhamnus cathartica L.: Szakłak pospolity,
Colutea arborescens L.: Moszenki południowe,
Bryonia dioica L.: Przestęp dwupienny,
+ Ecbalium elaterium Reich.: Ośli ogórek [1]),
Gratiola officinalis L.: Konitrud błotny,
Convolvulus saepium L.: = Volvulus sepium Beck: Kielisznik zaroślowy,
Mercurialis annua L.: Szczyr roczny,
Rheum rhaponticum L.: Rabarbar jadalny,
Polypodium vulgare L.: Paprotka zwyczajna,
Rosa damascena L.: Róża damasceńska,
Amygdalus persica L.: Brzoskwinia,
Prunus domestica L.: Śliwka węgierka.

Za zioła wymiotne uznano:

Asarum europeum L.: Kopytnik pospolity,
Viola odorata L.: Fiołek wonny (zawierający w całej roślinie, a przede wszystkim w korzeniach violinę, związek analogiczny do emetyny),
Iris florentina L.: Kosaciec florentyjski;

jako czerwiogubne:

Polystichum filix mas Roth. = Aspidium filix mas: Narecznica samcza,
Cucurbita pepo L.: Dynia zwyczajna,
+ Punica granatum L.: Granat,
Tanacetum vulgare L.: Wrotycz pospolity,
+ Santolina chamaecyparis L.,
+ Chrysanthemum cinerariaefolium Vis.: Złocień dalmatyński,
Arthemisia absinthium L.: Bylica piołun,
Matricaria discoidea D. C.: Rumianek bezpromieniowy,
Allium sativum L.: Czosnek pospolity.

Moczopędnych jest dość dużo:

Triticum repens L.: Perz,
Cerasus vulgaris Mill.: Wiśnia zwykła,
Zea Mays L.: Kukurydza,
Asparagus officinalis L.: Szparag lekarski,
+ Ruscus aculatus L.,
Apium graveolens L.: Seler zwyczajny,
Petroselinum sativum L.: Pietruszka siewna,
Anethum foeniculum L. = Anethum graveolens: Koper ogrodowy,
Ononis repens L.: Wilżyna rozłogowa,
Parietaria officinalis D. C.: Pomurnik lekarski,
Betula alba L.: Brzoza biała,
Fraxinus excelsior L.: Jesion wyniosły,
Spirea ulmaria L. = Sp. salicifolia: Tawuła bawolina,
Thuya occidentalis L.: Żywotnik zachodni,
Arbutus uva ursi L. = Arctostaphylos uva ursi: Mącznica lekarska,
+ Erica cinerea L.: Wrzosiec,
Solidago virga aurea L.: Nawłoć pospolita,
Physalis alkekengi L.: Miechunka rozdęta,
Equisetum arvense L.: Skrzyp polny,

[1]) Rośliny, oznaczone +, nie rosną dziko w Polsce i nie są objęte wykazem „Roślin polskich" prof. drów W. Szafera, Kulczyńskiego i Pawłowskiego. Większość z nich znosi jednak klimat nasz doskonale i bywa hodowana w naszych ogrodach botanicznych.

Juniperus communis L.: Jałowiec pospolity,
Sambucus nigra L.: Bez czarny,
Hieracium pilosella L.: Jastrzębiec kosmaczek,
Allium cepa L.: Cebula zwyczajna,
+ Urginea Scilla Steing.: Cebula morska,
Erigeron canadensis L.: Przymiotnik kanadyjski,
Ribes nigrum L.: Porzeczka czarna.

N a p o t n e obejmują:

Borago officinalis L.: Ogórecznik lekarski,
Arctium lappa L.: Łopian większy,
Solanum dulcamara L.: Psianka słodkogorz,
Viola tricolor L.: Fiołek trójbarwny,
Saponaria officinalis L.: Mydlnica lekarska,
Ulmus campestris L. = Ul. follacea Gilib.: Wiąz pospolity,
Buxus sempervirens L.: Bukszpan zwyczajny;

P r z e c i w p o t n e:

Salvia officinalis L.: Szałwia lekarska,
+ Polyporus officinalis Fries: Huba drzewna modrzewiowa.

Z i o ł a t o n i c z n e (Tonica) prof. L e c l e r c dzieli na toniczne w i ą ż ą c e (astringentia) i g o r y c z k i (amara).

Do t o n i c z n y c h — w i ą ż ą c y c h zalicza:

+ Cupressus sempervirens L.: Cyprys,
Quercus robur L.: Dąb szypułkowy,
Aesculus hippocastanum L.: Kasztanowiec zwyczajny,
Ficaria ranunculoides Moensch. = Ranunculus Ficaria L.: Jaskier ziarnopłon,
Mespilus germanica L.: Nieszpułka zwyczajna,
Cydonia vulgaris Pers.: Pigwa pospolita,
Vaccinium myrtillus L.: Borówka czernica,
Juglans regia L.: Orzech włoski,
Rosa gallica L.: Róża francuska,
Fragaria vesca L.: Poziomka pospolita,
Potentilla erecta L. = Pot. recta: Pięciornik wyprostowany,
Agrimonia Eupatoria L.: Rzepik pospolity,
Geum urbanum L.: Kuklik pospolity,
Polygonum bistorta L.: Rdest wężownik,
Polygonum aviculare L.: Rdest ptasi,
Polygonum hydropiper L.: Rdest ostrogorzki,
Syphytum officinale L.: Żywokost lekarski,
Lythrum salicaria L.: Krwawnica pospolita,
Acchillea millefolium L.: Krwawnik pospolity,
+ Poterium sanguisorba L.,
Urtica dioica L.: Pokrzywa zwyczajna,
Lamium album L.: Jasnota biała,
Capsella bursa pastoris Moench.: Tasznik pospolity;

do g o r y c z e k:

Gentiana lutea L.: Goryczka żółta,
Erythroea centaurium Pers. = Centaurium erythroea Rahn.: Tysiącznik pomorski,
Cnicus benedictus Gaertn.: Drapacz lekarski,
Cichorium intybus L.: Podróżnik błękitny,
Berberis vulgaris L.: Berberys zwyczajny,
Fumaria officinalis L.: Dymnica pospolita,
Taraxacum dens leonis Des.: Mniszek lekarski,
Cynara scolimus L.: Karczoch,
Menyanthes trifoliata L.: Bobrek trólistkowy,
Rubia tinctorum L.: Marzanna barwierska,
Rumex patientia L.: Szczaw żółty,
Rumex crispus L.: Szczaw kędzierzawy,
Teucrium chamaedrys L.: Ożanka właściwa,
Teucrium scordium L.: Ożanka czosnkowa,
Teucrium scorodonia L.: Ożanka nierównoząbkowa,
Teucrium botrys L.: Ożanka pierzastosieczna,
Artemisia absinthium L.: Piołun bylica,
Helianthus annuus L.: Słonecznik zwyczajny,
Marrubium vulgare L.: Szanta zwykła,
Humulus lupulus L.: Chmiel zwyczajny,
Vinca minor L.: Barwinek pospolity,
Verbena officinalis L.: Werwena pospolita.

Najliczniej przedstawia się zestawienie ziół p o b u d z a j ą c y c h i p r z e c i w s k u r c z o w y c h. Pierwsze z nich L e c l e r c dzieli na 2 podgrupy: aromatyczne i ogólne.

P o b u d z a j ą c e (Stimulantia) a r o m a t y c z n e:

Pimpinella anisum L.: Biedrzeniec anyż,
Carum carvi L.: Kminek zwyczajny,
+ Cuminum cyminum L.,
Anethum foeniculum L.: Koper włoski,
Anethum graveolens L.: Koper ogrodowy,
Angelica archangelica L.: Arcydzięgiel lekarski,
Coriandrum sativum L.: Kolender siewny,
Heracleum spondylium L.: Barszcz zwyczajny,
Ligusticum levisticum L. = Levisticum officinale: Lubczyk ogrodowy,
Trigonella foenum graecum L.: Kozieradka;

p o b u d z a j ą c e o g ó l n e:

Mentha piperita L.: Mięta pieprzowa,
Mentha pulegium L.: Mięta polna,
+ Calamantha officinalis,
Origanum vulgare L.: Lebiodka pospolita,
+ Rosmarinus officinalis L.: Rozmaryn,
Thymus vulgaris L.: Tymianek zwyczajny,
Thymus serpyllum L.: Macierzanka piaskowa,
Acorus calamus L.: Tatarak zwyczajny,
Cochlearia officinalis L.: Warzucha lekarska,
Cochlearia armoracia L.: Warzucha - chrzan,
Nasturtium officinale R. Pr.: Rukiew wodna,
Tropaeolum majus L.: Nasturcja;

p r z e c i w s k u r c z o w e:

+ Prunus laurocerasus L.: Laur szlachetny,
Anemone pulstatiilla L.: Sasanka,
Crataegus oxyacantha L.: Głóg dwuszyjkowy,
Viscum album L.: Jemioła biała,
Valeriana officinalis L.: Kozłek lekarski,
+ Lavandula spica L.: Lawenda,
Melissa officinalis L.: Melisa lekarska,
Ocymum basilicum L.: Bazylia wonna,
Origanum majorana L. = Majorana hortensis Much.: Majeranek ogrodowy,
Ballota foetida Lam.: Mierznica cuchnąca,
Anthemis nobilis L.: Rumian szlachetny,
Oenothera biennis L.: Wiesiołek dwuletni,

Tilia europea L.: Lipa,
+ Citrus aurantium var. dulcis Rossi: Pomarańcz,
Salix alba L.: Wierzba biała,
Lotus corniculatus L.: Komonica zwyczajna,
Melilotus officinalis Lam.: Nostrzyk żółty,
Asperula odorata L.: Marzanna wonna,
Melittis melissophyllium L.: Miodownik melisowaty.

Wśród namiesięcznych (Emmenagoga) „Zarys ziołolecznictwa" wymienia:

Artemisia vulgaris L.: Bylica pospolita,
Senecio vulgaris L.: Starzec zwyczajny,
Calendula officinalis L.: Nogietek zwyczajny,
Petroselinum sativum L.: Pietruszka siewna,
Ruta graveolens L.: Ruta zwyczajna,
+ Crocus sativus All.: Szafran.

Spis wykstuśnych obejmuje 21 zbadanych przez prof. Leclerca roślin:

Verbascum thapsus L.: Dziewanna drobnokwiatowa,
Papaver rhoeas L.: Mak polny,
Althaea officinalis L.: Prawoślaz lekarski,
Tussilago farfara L.: Podbiał pospolity,
Gnaphalium dioicum L.: Szarota dwupienna,
Glycyrrhiza glabra L.: Lukrecja gładka,
Cetraria islandica L.: Porost islandzki,
Drosera rotundifolia L.: Rosiczka okrągłolistna,
Inula Helenium L.: Oman wielki,
Hyssopus officinalis L.: Hyzop lekarski,
+ Sisymbrium officinale Scop.,
Diplotaxis tenuifolia D. C.: Dwurząd wąskolistny,
Glechoma hederacea L.: Bluszczyk kurdybanek,
Pinus silvestris L.: Sosna zwyczajna,
Abies pectinata L.: Jodła,
+ Adianthum capillum Veneris L.,
Primula officinalis Jacq.: Pierwiosnka lekarska,
+ Scabiosa succisa L.,
Anagallis arvensis L.: Kurzyślad polny,
Polygala vulgaris L.: Krzyżownica zwyczajna,
Polygala amara L. = P. brachyptera Hay: Krzyżownica górska.

Do użytku zewnętrznego (Topica) służą następujące rośliny i ich części, działające na skórę:

Linum usitatissimum L.: Len siewny (nasiona),
Sinapis nigra, alba, arvensis L.: Gorczyca czarna, biała, świrzepa (nasiona),
Alliaria officinalis D. C.: Czosnaczek pospolity,
Chelidonium majus L.: Glistnik jaskółcze ziele,
+ Daphne gnidium L.: Wawrzynek,
Euphorbia helioscopia L.: Ostromiecz piłkowany,
Betonica officinalis L.: Bukwica lekarska,
Hypericum perforatum L.: Dziurawiec lekarski [2]),
+ Tamus communis L.,
Polygonatum vulgare L. = Pol. officinale: Kokoryczka lekarska,

[2]) Działaniu Dziurawca lekarskiego, jako leku wewnętrznego, będzie poświęcone monograficzne opracowanie specjalne.

Plantago major, media, lanceolata L.: Babka zwyczajna, średnia, lancetowata,
Arnica montana L.: Kupalnik górski,
Brassica oleracea L.: Kapusta ogrodowa,
Hedera helix L.: Bluszcz pospolity.

Niewielkie grupy obejmują rośliny narkotyczne i uspokajające układ nerwowy, oraz leki sercowo-naczyniowe.

Narkotyczne:

Papaver somniferum L.: Mak lekarski,
Cynoglossum officinale L.: Ostrzeń pospolity,
Lactuca sativa L.: Sałata siewna (jadalna),
Lactusa virosa L.: Sałata jadowita,
+ Passiflora incarnata, coerulea L.: Męczennica,
Nymphaea alba L.: Grzybień biały;

Uspokajające odruchowe:

Atropa belladonna L.: Pokrzyk wilcza jagoda,
Hyoscyamus niger L.: Lulek czarny,
Datura stramonium L.: Bieluń dziędzierzawa,
+ Lycium barbarum L.: Kolcowój,
Solanum nigrum L.: Psianka czarna;

Uspokajające dla nerwów obwodowych:

Aconitum Napellus L.: Tojad właściwy,
Conium maculatum L.: Szczwół plamisty,
Colchicum autumnale L.: Zimowit jesienny,
Veratrum album L.: Ciemieżyca biała;

Leki sercowo-naczyniowe:

Digitalis purpurea L.: Naparstnica purpurowa,
Claviceps purpurea L.: Sporysz,
Adonis vernalis L.: Miłek,
Convallaria majalis L.: Konwalia lanuszka,
+ Nerium oleander L.: Oleander,
Sarothammes scoparius Koch: Żarnowiec miotłasty.

Jak z powyższych zestawień widać, książka prof. dra Leclerca jest rezultatem jego badań farmakologicznych nad znaczną ilością roślin francuskich, które, należąc przeważnie również i do naszej flory krajowej, intresują i nas nie mało; napisana jest ona niezmiernie ciekawie, z ogromną erudycją i głęboką wiedzą. Wskazuje ona lekarzowi - praktykowi nowe drogi lecznictwa, na które wejście zda się być pożądane, — co więcej: konieczne, — nie tylko w interesie jednostek cierpiących, lecz również i w interesie dobrze pojętej gospodarki narodowej. Ziołolecznictwo — w miarę postępów wiedzy — czeka, niewątpliwie, świetne jutro, godne tego kredytu, który mu przez tak długie wieki okazywały — nie pozbawione zdolności obserwacyjnych i zdrowego chłopskiego rozumu — masy ludowe [3]).

Wład. Biernacki.

[3]) W jednym z najbliższych numerów ukaże się praca, omawiająca najprostsze sposoby użytkowania ziół leczniczych. (Przyp. Red.).

KRONIKA

NOWY GLUKOZYD DZIURAWCA.

W Polskim Towarzystwie Chemicznym, na miesięcznym zebraniu naukowym dnia 19 listopada 1936 roku, Dr Z. Jerzmanowska-Sienkiewiczowa zapoznała świat chemiczny z ciekawymi badaniami swymi nad składnikami glukozydowymi dziurawca.

Dziurawiec (Hypericum perforatum L.) — roślina pospolita w całej Europie (u nas, w Polsce, rozsiana w zaroślach, suchych wzgórzach i łąkach na całym niżu i w Karpatach aż po regiel dolny) — należy do tych ziół leczniczych, które w równym stopniu cieszą się, od niepamiętnych czasów, sławą niezmierną w medycynie ludowej i zupełnym — do ostatnich czasów — brakiem zainteresowania w medycynie naukowej. We wczesnym średniowieczu dziurawiec nosił nazwę fuga demonum i przypisywano mu własności — nie omal cudowne. Szkoła chirurgiczna w Montpellier uznawała go za pierwszorzędny lek na rany i, istotnie, badania przeprowadzone we Francji przez prof. dra Leclerca, w czasie Wielkiej Wojny, doprowadziły do wniosku, że, zawarte w kwiecie dziurawca, olejki i gumożywice, wywierają działanie wybitnie gojące na rany, owrzodzenia i oparzenia.

W medycynie ludowej sława dziurawca, w ciągu stuleci, nie zanika, lecz wzrasta. Wystarczy porównać wskazania, które znajdziemy np. w Geralda-Wyżyckiego „Zielniku Ekonomiczno - Technicznym”, wydanym w Wilnie w 1845 roku, i choćby dane o dziurawcu, które zebrał nasz zasłużony badacz ziołolecznictwa Mgr Jan Biegański w swej pracy „Nasze zioła lekarskie” (Warszawa, 1924). Gerald-Wyżyński podaje wskazania następujące: odwar liści i pączków kwiatowych leczy cierpienia chroniczne płuc, sok świeżej rośliny goi pomyślnie rany, odwar kwiatu dziurawca w oliwie, stosowany zewnętrznie, daje skuteczną maść na rany i oparzenia, a dawany łyżeczkami doustnie „wielce jest pomocny przy wszelkich wewnętrznych stłuczeniach, połączonych z krwotokami”; wyciągi wodne i alkoholowe są stosowane ze skutkiem, między innymi: „w poderwaniach od upadnięcia lub dźwigania ciężarów wynikłych — nawet z krwioplucłem połączonych”.

Większą znacznie ilość wskazań zebrał z czasu wojennej tułaczki w Rosji Mgr Jan Biegański: choroby wątroby, żółtaczka, nieżyty żołądka i jelit, cierpienia nerkowe i pęcherzowe są tam leczone dziurawcem. (Może dla tego właśnie pierwsze próby wprowadzenia dziurawca do medycyny naukowej i pierwsze nad nim naukowe badania farmakologiczne rozpoczęto w Rosji?). Zestawienie tych wskazań i dat każe z wielką uwagą odnieść się do tych badań naukowych, które nad dziurawcem już rozpoczęto.

Do profesorów Cerny'ego i Koźniewskiego, którzy pierwsi ustalili, że hypericina, otrzymana z soku kwiatowych pączków dziurawca, ma widmo nader zbliżone do widma oxyhemoglobiny, przybywają obecnie badania dra Jerzmanowskiej-Sienkiewiczowej.

Z wyciągu alkoholowego Herbae Hyperici conc. badaczka ta otrzymała substancję jasno-żółtą, bez trudu krystalizującą się z wody, wykazującą nieobecność azotu i siarki, dającą natomiast wszystkie odczyny na glukozydy. Dalsze drobiazgowe i nader skrupulatne badania określiły wzór tego glukozydu na $C_{21} H_{20} O_{12}$ i ustaliły, że jest to heksozyt kwercetyny, dotychczas jeszcze nauce nie znany, wobec czego dr. Jerzmanowska-Sienkiewiczowa nadała mu nazwę hyperyny.

Dla otrzymania tego glukozydu robiono wyciąg alkoholowy w suchego ziela, stężano go przy silnie zmniejszonym ciśnieniu, pozostałość ekstrahowano dalej siarczkiem węgla i eterem etylowym, a po oddzieleniu tych rozpuszczalników, z otrzymanej ciemno - czerwonej masy smolistej robiono wyciąg acetonem chem. cz., z którego — po odparowaniu acetonu — zbierano na powietrzu krystaliczny glukozyd, w ilości ok. ½% wagi wziętego suchego ziela.

W tym miejscu sprawozdawca nie może nie zauważyć, że — niewątpliwie — wydajność tego glukozydu była by znacznie większa, gdyby jako surowiec wyjściowy brano dziurawiec stabilizowany metodą Perrot-Gorris. Przy suszeniu ziół, pod wpływem zawartych w nich fermentów następuje — jak wiadomo — znaczny rozkład glukozydów.

Ciekawe były by też badania ilościowe zawartości hyperyny w dziurawcu, zebranym z różnych gleb i hodowanym w różnych warunkach nasłonecznienia. Gdyby się okazało, że ilość hyperyny waha się znacznie i jest większa np. w dziurawcu z miejscowości podgórskich, rosnącym na południowych stokach gór, o których vox populi twierdzi już zdawna, że jest skuteczniejszy od dziurawca z nizin, było by to niezmiernie ciekawym i wartościowym przyczynkiem do farmakologii już nie tylko dziurawca, lecz ziołolecznictwa wogóle.

W każdym bądź razie, już dziś powinszować można młodej uczonej pięknych wyników tej pracy i życzyć Jej, aby i dalsze badania nad hyperyną poszły równie gładko, jak określenie strukturalnego jej wzoru.

Wład. Biern.

KURS LECZNICTWA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH.

dla lekarzy, zorganizowany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu J. Piłsudskiego, odbędzie się w Warszawie **w dniach od 5 do 15 kwietnia 1937 r.**

Program wykładów i zajęć praktycznych:

Wykłady:

Doc. Dr. Seweryn Cytronberg: Leczenie przewlekłego nieżytu jelit i zaparć nawykowych.

Doc. Dr. Antoni Fidler: Leczenie przewlekłej niewydolności krążenia.

Prof. Dr. Zdzisław Gorecki: Leczenie ropni płuc. — Leczenie niedokrwistości i białaczki.

Doc. Dr. Henryk Gnoiński: Wskazania i przeciwwskazania do przetaczania krwi.

Dr. Wacław Markert: Leczenie chorób nerek i dróg moczowych.

Doc. Dr. Zdzisław Michalski: Leczenie przewlekłej gruźlicy płuc.

Doc. Dr. Michał Rosnowski: Leczenie nad i niedociśnienia.

Prof. Dr. Mściwoj Semerau - Siemianowski: Leczenie dławicy piersiowej i stanów pokrewnych.

Doc. Dr. Władysław Sterling: Leczenie choroby Basedowa. — Leczenie chorób gruczołów dokrewnych wieku dziecięcego.

Prof. Dr. Władysław Szenajch: Leczenie błonicy i płonicy.

Doc. Dr. Jakub Węgierko: Leczenie cukrzycy. — Leczenie dychawicy oskrzelowej.

Zajęcia praktyczne i pokazy chorych:

Doc. Dr. Antoni Fidler: Leczenie chorób żołądkowo-jelitowych ze szczególnym uwzględnieniem choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

Prof. Dr. Włodzimierz Filiński: Leczenie chorób wątroby i dróg żółciowych.

Doc. Dr. H. Gnoiński: Pokazy związane z przetaczaniem krwi. Konserwacja krwi. Badanie grup krwi. Technika i aparatura.

Prof. Dr. Zd. Gorecki wraz z pp. Asystentami: Pokazy z dziedziny leczenia narządów krwiotwórczych oraz bieżącego materiału.

Dr. Franciszek Łukaszczyk: Pokazy w instytucie radowym im. M. Curie-Skłodowskiej.

Doc. Dr. Zd. Michalski: Leczenie ostrej gruźlicy płuc. — Odma sztuczna.

Doc. Dr. Eleonora Reicher: Leczenie spraw gośćcowych.

Doc. Dr. M. Rosnowski: Leczenie niemiarowości z pokazami elektrokardiogramów.

Doc. Dr. Wł. Sterling: Leczenie organicznych chorób nerwowych i zabiegi lecznicze z tego zakresu.

Prof. Dr. Władysław Szenajch: Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi wraz z pokazem szpitala Karola i Marii.

Doc. Dr. Jakub Węgierko: Współczesne sposoby leczenia chorób zakaźnych.

Wykłady teoretyczne odbędą się w godzinach popołudniowych, zajęcia praktyczne i pokazy w godzinach rannych.

Koszt uczestnictwa wynosi 50 złotych, dla asystentów klinicznych i szpitalnych 35 złotych.

Kurs dojdzie do skutku przy liczbie uczestników najmniej 30-tu.

Uprasza się o jaknajszybsze zgłoszenia.

Zapisy przyjmuje i udziela informacyj sekretarz kursu: Dr. Eugeniusz Kodejszko, Nowogrodzka 59, II Klinika chorób wewnętrznych.

Ostateczny termin zapisów na kurs do dnia 22 marca b. r.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.